



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
2011

**LEONILDE
RODRIGUES DE
LEMONS**

MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

o júri

presidente

Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Para a saúde da presente dissertação, vários momentos de motivação e vontades diferentes foram percorridos. Percorrê-los deve-se a uma confiança pessoal por muitos reforçada. A eles agradeço a razão e o parto deste trabalho. A eles desejo Saúde...

À Professora Doutora Anabela Pereira, pela oportunidade, por ter acreditado, pela mestria na razão e na emoção de fazer investigação em Psicologia da Saúde;

À Escola Profissional de Torredeita, à Direcção Geral e Técnico-Pedagógica, aos colegas colaboradores docentes e não docentes, aos encarregados de educação, pelo acolhimento e pela colaboração;

Ao Núcleo de Professores a Tempo Permanente, pelo trabalho e espírito de grupo, pela entreaajuda, pelo apoio também na realização desta tese e pelos momentos de todos os dias;

Aos alunos, promessas da saúde do amanhã, que são a razão de ser da inquietude e da preocupação, por alinharem nestes desafios e abrirem a porta;

Ao Luís, ao Xaninho, ao André, ao Francisco, à Catarina, à Leonor e ... é por vós que estudar vale a pena;

Aos meus amigos e aos meus irmãos Catarina, Joana e Tocá, pela cumplicidade e por quererem ser sempre presentes. Obrigada, Tininha, pelas lições de estatística!

Pelas asas que me deram para voar até às estrelas mais brilhantes, até aos mundos que neste não têm lugar, porque são o meu porto seguro, a minha casa de abrigo, o meu canto protegido, o meu berço de fé. Por me amarem tanto... a ti mãe, a ti pai;

Por convosco ter aprendido a amar as coisas simples e naturais... pelas raízes, pelas histórias, pelos exemplos, por serem as pessoas mais honestas e íntegras que conheci, pelo afecto que me deram e pelas bênçãos que (sei que ainda) me dão... aos meus avós;

Zé e Leonor, pelo colo com que me esperam todos os dias e pela luz...

Ao meu Anjo da Guarda

Bem hajam!

palavras-chave

Motivação para a mudança, modelos e teorias de mudança de comportamentos para a saúde, modelo transteórico da mudança, URICA, jovens, educação para a saúde.

resumo

Perante a importância da promoção, em contextos escolares, da motivação e da capacitação para estilos de vida saudáveis, este trabalho propõe-se analisar a relação entre a motivação para a mudança de comportamentos para a saúde, segundo o Modelo Transteórico da Mudança, e os comportamentos de saúde actuais dos alunos da Escola Profissional de Torredeita, uma escola privada de ensino profissional no Concelho de Viseu. Para o efeito apresenta-se uma revisão da literatura sobre a relação entre os jovens e a saúde, os modelos e teorias de mudança de comportamentos para a saúde e a educação para a saúde. Este estudo divide-se em 3 momentos: na fase I, após a tradução e adaptação da *University of Rhode Island Change Assessment Scale*, 238 alunos (48,3% do sexo feminino e 51,7% do sexo masculino; 60,5% portugueses, 38,2% da CPLP e 1,3% de outras nacionalidades) participaram no estudo dando a conhecer os seus estilos de vida, qualidade de vida, comportamentos de saúde e motivação para mudança. A fase II consistiu em duas intervenções pontuais de educação para a saúde, em contexto escolar, dirigidas aos alunos do 10º ano. Na fase III, procedeu-se a uma nova avaliação de forma a perceber o impacto das intervenções. Os resultados revelam que não se verificam diferenças significativas em quase nenhuma das dimensões, segundo o género. Salienta-se que os rapazes se situam mais preponderantemente no estágio da Pré-contemplação ($p=0,006$). Os alunos da CPLP demonstram percepções mais negativas quanto à qualidade de vida relacionada com a saúde e revelam ter com menos frequência comportamentos de saúde e de evitamento de risco relativos à Nutrição ($p=0,045$), ao Auto-cuidado ($p=0,000$), à Segurança motorizada ($p=0,006$) e ao total de Atitudes e Comportamentos de Saúde ($p=0,000$), comparativamente aos alunos portugueses. Não se verificam correlações significativas entre os estádios motivacionais, a Prontidão para a Mudança e os estilos de vida, qualidade de vida e comportamentos de saúde. É confirmada a hipótese de que as intervenções tradicionais pontuais não têm efeito a curto prazo nos comportamentos de saúde e na motivação para a mudança. Os presentes resultados têm implicações para as estratégias de intervenção em educação para a saúde, em contexto escolar.

keywords

Change motivation, models and behavior changes theories, transtheoretical model of change, URICA, youth, health education.

abstract

Given the importance of promotion, in school contexts, motivation and empowerment to healthy lifestyles, this paper aims to analyze the relationship between motivation to behavioral health change, according to the transtheoretical model of change, and nowadays health behaviors of the *Escola Profissional de Torredeita* students, a private vocational school near Viseu. For this purpose it is presented a literature review about health behavioral change models, the relationship between young people and health and education to health. This study is divided into 3 phases: in phase I, after the translation and the adaptation of the University of Rhode Island Change Assessment Scale, 238 students (48.3% female and 51.7% male; 60.5% Portuguese, 38.2% of CPLP and 1.3% of other nationalities) took part by answering about their lifestyles, quality of life, health behaviors and motivation to change. Phase II consisted in two health education interventions, in school context, addressed to 10th grade students. In phase III, a new assessment was made to analyze the impact of the interventions. The results show that there aren't significant differences in all dimensions taking gender into consideration. Pointing out that boys are more prominently on Pre-contemplation stage ($p = 0,006$). CPLP students demonstrate more negative perceptions about their quality of life related to health and reveal less frequent health behaviors and risk avoidance related to Nutrition ($p = 0,045$), Auto-Care ($p = 0,000$), Motorized Safety ($p = 0,006$) and total Attitudes and Health Behaviors ($p = 0,000$), comparing with Portuguese students. There are no significant correlations between motivational stages, the readiness for the change and lifestyles, quality of life and health behaviors. To sum up, it is confirmed the hypothesis that traditional sporadic interventions have no short term effect on health behaviors as on motivation to change. These results have implications on intervention strategies concerning education to health in school's context.

Índice

Introdução.....	1
Os jovens e a saúde	2
Modelos de mudança de comportamentos	5
Educação para a Saúde	8
O estudo e os seus objectivos.....	9
Método.....	10
A amostra.....	10
Instrumentos	11
Procedimentos	13
Tratamento de dados.....	14
Resultados.....	15
Qualidade de vida, comportamentos de saúde e estilo de vida dos alunos da E.P.T.	15
Validação da URICA.....	19
Prontidão para a mudança	20
Avaliação de acções promotoras de saúde.....	24
Qualidade de vida, comportamentos de saúde, estilo de vida, estádios motivacionais e Prontidão para a Mudança dos alunos da E.P.T. – Avaliação final	26
Avaliação das acções promotoras de saúde - Avaliação Final	28
Discussão	29
Referências bibliográficas	32
Anexos	

Índice de Tabelas

- Tabela 1 - Distribuição segundo o género por ano de escolaridade (N=238)
- Tabela 2 - Distribuição segundo a nacionalidade por ano de escolaridade (N=238)
- Tabela 3 - Caracterização da população por idade, género e ano de escolaridade (N=238)
- Tabela 4 - Distribuição dos alunos na condição de pais, com quem vivem, se acreditam em Deus e se têm alguma doença, por nacionalidade e género (N=238)
- Tabela 5 - Dimensões do Instrumento KIDSCREEN-27 e valor médio obtido (N=238)
- Tabela 6 - Análise univariada da QVRS (N=238) e comparação das distribuições segundo o género
- Tabela 7 - Análise univariada da QVRS (N=235) e comparação das distribuições segundo a nacionalidade
- Tabela 8 - Comparação das distribuições dos resultados obtidos na E.P.T. com as médias obtidas na Europa e Portugal
- Tabela 9 - Estatísticas sumárias dos comportamentos de saúde dos alunos (N=238)
- Tabela 10 - Análise univariada do QACS por género (N=238) e comparação das distribuições segundo o género
- Tabela 11 - Análise univariada do QACS (N=235) e comparação das distribuições segundo a nacionalidade
- Tabela 12 - Correlações das dimensões do KIDSCREEN-27 com as dimensões do QACS (N=238)
- Tabela 13 - Organização dimensional da escala URICA e estatísticas da homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach (N=238)
- Tabela 14 - Resultados das respostas aos itens da escala URICA (N=238)
- Tabela 15 - Estatísticas descritivas da Prontidão para a Mudança e dos Estádios Motivacionais dos alunos da E.P.T. (N=238)
- Tabela 16 - Pontos de corte, segundo fonte do Health and Addictive Behaviors Lab, Universidade de Maryland
- Tabela 17 - Frequência de alunos em cada estágio, de acordo com o valor de Prontidão para a Mudança (N=238)
- Tabela 18 - Análise univariada da Prontidão para a Mudança (N=238) e comparação das distribuições segundo o género
- Tabela 19 - Análise univariada da Prontidão para a Mudança (N=235) e comparação das distribuições segundo a nacionalidade
- Tabela 20 - Correlações dos comportamentos de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde com os estádios motivacionais
- Tabela 21 - Comparação da URICA – versão portuguesa e outras características
- Tabela 22 - Média, desvio-padrão e mediana das pontuações obtidas nos factores necessários à adopção de comportamentos saudáveis
- Tabela 23 - Frequência em percentagem válida da pontuação obtida nos factores necessários à adopção de comportamentos saudáveis
- Tabela 24 - Valor médio obtido na avaliação final (N=45)

Tabela 25 - Análise univariada da QVRS e comparação das distribuições antes (A. I.) e pós-intervenção (A. F.) nos alunos do 10º ano

Tabela 26- Análise univariada do QACS (e desvios padrão) e comparação das distribuições antes e pós intervenção (p-value) nos alunos do 10º ano

Tabela 27 - Estatísticas descritivas da Prontidão para a Mudança e dos Estádios Motivacionais e comparação das distribuições antes e pós intervenção (p-value) nos alunos do 10º ano

Tabela 28 - Estatísticas descritivas da satisfação e utilidade das acções da Fase II na opinião dos alunos do 10º ano (N=45)

Tabela 29 - Distribuição dos alunos relativamente ao valor que atribuíram à satisfação e à utilidade por nacionalidade e género

Lista de Siglas e Acrónimos

A – Acção

A.F. – Avaliação Final

A. I. – Avaliação Inicial

C – Contemplação

CPLP - Comunidade de Países de Língua Portuguesa

D.P. -. Desvio-padrão

EpS – Educação para a Saúde

E.P.T. - Escola Profissional de Torredeita

HBSC / OMS - Health Behaviour in School-aged Children) da Organização Mundial de Saúde

KIDSCREEN - Projecto “Protecção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes - uma perspectiva Europeia de Saúde Pública

M - Manutenção (M)

MTM – Modelo Transteórico da Mudança

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

p – p-value

PC - Pré-Contemplação

QACS- Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

r_s - Coeficiente de Correlação Ró de Spearman - ρ

URICA - University of Rhode Island Change Assessment Scale

Introdução

“A felicidade é como a saúde: se não sentes a falta dela, significa que ela existe” (Ivan Turgueniev, n. d.).

Adolescents—young people between the ages of 10 and 19 year—are often thought of as a healthy group. Nevertheless, many adolescents do die prematurely due to accidents, suicide, violence, pregnancy related complications and other illnesses that are either preventable or treatable. Many more suffer chronic ill-health and disability. In addition, many serious diseases in adulthood have their roots in adolescence. For example, tobacco use, sexually transmitted infections including HIV, poor eating and exercise habits, lead to illness or premature death later in life (World Health Organization).

O presente trabalho consiste num estudo sobre a motivação para a adopção de comportamentos de saúde na adolescência.

Atendendo à definição do conceito motivação, do latim *movere*, mover, esta designa, nas ciências humanas, como é a psicologia, a condição do organismo que influencia a direcção do comportamento, orientando-o para determinado objectivo. Refere-se a uma variedade de factores neurológicos e fisiológicos que iniciam, mantêm e controlam o comportamento (Kandel, Schwartz, & Jessel, 2003 citado por Lopes, Prieto, Delgado, Gamito, Trigo, 2010). A motivação nasce, portanto, na necessidade que causa desequilíbrio e desconforto ao indivíduo, cuja tensão resultante o impele à acção, ao comportamento.

A máxima de Turgueniev apresenta-se inspiradora na tentativa de traduzir a ideia de saúde para o ser humano. Assim, indirectamente, o autor refere-se à saúde como algo de que não se tem consciência e, quando se tem, é pela sua ausência. Tal ideia remete para a definição de saúde amplamente usada da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” e avança, ainda, que o referido estado completo de bem-estar físico, mental e social pressupõe uma certa despreocupação e inconsciência.

O problema em estudo centra-se numa etapa particular da vida, a adolescência. Referida na literatura como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, com surtos de desenvolvimento nas suas várias dimensões, é fácil conjecturar-se esta etapa como sensível a qualquer acção de promoção de comportamentos desejáveis. Além disso, a adolescência parece ser uma fase saudável, menos susceptível a alguns tipos de doenças como o cancro e doenças cardíacas. No entanto, inúmeros estudos dedicam-se a avaliar a exposição ao risco dos adolescentes e a tentar perceber a razão pela qual, apesar do crescente aumento e democratização da informação, o carácter exploratório do jovem consiste, frequentemente, em comportamentos com consequências negativas à sua saúde física, mental e social.

Neste ponto, coloca-se, então, a questão: sentem os jovens necessidade e consequente motivação, para mudar comportamentos em prol de uma saúde que, provavelmente, sentem ter?

A pertinência desta questão, no âmbito da psicologia da saúde, entende-se ao considerar o enfoque desta última no objecto epistemológico “saúde”. Ribeiro (2005) reflecte já na mudança do papel tradicional do psicólogo da saúde, tendo em conta um relatório da European Federation

of Professional Psychologists Associations (WHO, 1985, citado por Ribeiro, 2005), que discute a contribuição destes para a consecução do programa “Saúde para todos no Ano 2000”. O campo de acção da psicologia da saúde, a nível de prevenção, manifesta-se pela intervenção promotora de hábitos e estilos de vida saudável, prevenindo a ocorrência de comportamentos desadequados indutores com implicações para o bem-estar físico e mental do indivíduo (Pereira, 2006).

Por sua vez, a Carta de Ottawa chama à responsabilidade pela promoção da saúde o compromisso entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos. À promoção da saúde, a Carta de Ottawa designa um processo de capacitação da comunidade e à saúde um recurso para a vida e não um objectivo de viver (WHO, 1986).

Contudo, se, nos últimos 30 anos, e de acordo com a literatura científica, a evolução da investigação determinou a acção das políticas de saúde e das políticas de educação, há, ainda, porém, um longo caminho a percorrer. Especialmente no que respeita à adolescência, a qual representa uma força positiva na sociedade, agora e para o futuro e que enfrenta perigos mais complexos que as gerações anteriores e, muitas vezes, com menos suporte (WHO, 2002).

Pretende-se, então, conhecer o estado de arte da problemática dos jovens e da sua saúde, bem como dos modelos teóricos que prevêm a mudança de comportamentos. Um contributo importante nesta área tem sido representado pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores, nos anos 70, que conceptualiza a mudança como um processo com diferentes estádios de motivação. A escolha recai sobre este racional teórico quando se pretende identificar os instrumentos que possibilitam uma avaliação da motivação para a mudança de comportamento.

O presente estudo empírico desenvolvido pretende analisar a relação entre os comportamentos de saúde e os estilos de vida de adolescentes da Escola Profissional de Torredeita, em Viseu, e a sua motivação para a mudança de comportamentos para a saúde. Se os alunos desta escola partilham a característica de estarem na adolescência, distinguem-se, também, pelas *adolescências* que transportam, diversas no género e na cultura, pelo que também estas diferenças são analisadas.

Idealmente, só depois de avaliar a motivação do indivíduo é que se poderá adequar a intervenção (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Antes de encetar tal empreendimento, este trabalho tenta perceber a (in)eficácia das acções desenvolvidas em meio escolar, num formato mais tradicional.

Os jovens e a saúde

O ser humano nasce, cresce e morre. É a inexorabilidade do ciclo vital. Ao crescer, entre outras transições que lhe são devidas, também adolece. A adolescência corresponde ao período de tempo entre o final da terceira infância até à idade adulta. A Organização Mundial de Saúde (1965) refere-se às dimensões biológica e psicológica desta etapa, definindo a adolescência como a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos, e que se caracteriza pelo aparecimento inicial das características sexuais secundárias para a maturidade sexual, pelo desenvolvimento de processos psicológicos e de padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta e pela

transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Essas alterações surgem influenciadas por factores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos.

Sprinthal & Collins (1999, p.40) acrescem a dimensão social e consideram que *“a adolescência engloba uma acção combinada entre as nítidas modificações biológicas, sociais e cognitivas dos indivíduos, e os contextos ou domínios, nos quais eles experienciam as exigências e as oportunidades que afectam o seu desenvolvimento psicológico”*.

Outros autores realçam as alterações físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, sócio-culturais, cognitivas e comportamentais da adolescência, caracterizadas por esforços para confrontar e superar os desafios e para estabelecer uma identidade e autonomia (Assis *et al.*, 2003; DiClemente, Hansen e Ponton, 1996, Matos, 2008).

Fases da Adolescência

É uma tarefa complexa definir a etapa da vida que é a adolescência, em parte por ser um conceito relativamente recente na história da Humanidade, mas principalmente porque cada indivíduo vivencia esta fase da vida de forma diferente e particular. A definição da adolescência diverge, pois cada época e cada cultura possuem um conceito de adolescência.

Se é aceite consensualmente a abordagem biopsicossocial da adolescência, pode-se considerar que a adolescência é tão diversa quanto é a forma como cada adolescente lida com ela no contexto onde se insere. Assim, será mais correcto usar o termo adolescências. Este conceito é já advogado por Cordeiro (1997), que acautela para a tendência em generalizar este grupo etário, alertando que há tantas adolescências como adolescentes, argumento que se torna bastante pertinente perante uma juventude cada vez mais multicultural.

A adolescência pode ser dividida em períodos distintos. A OMS (1997) distingue os conceitos puberdade, adolescência e juventude, não se baseando apenas no critério cronológico. Ao conjunto de modificações corporais designa puberdade. A adolescência refere-se ao período de transição biopsicossocial que ocorre entre a infância e a vida adulta. A juventude compreende o período social entre os 15 e os 24 anos; identifica, ainda, os adolescentes jovens (dos 15 aos 19 anos) e os adultos jovens (dos 20 aos 24 anos). WHO (2002) refere que consoante os adolescentes mudam, também mudam as suas necessidades. Assim, a adolescência precoce, dos 10 aos 13 anos, caracteriza-se por um surto de crescimento e o início da maturação sexual, durante o qual os jovens começam a pensar abstractamente. Na adolescência média, entre os 14 e os 15 anos, as principais alterações físicas são concluídas, enquanto o indivíduo desenvolve um sentido mais forte de identidade e dá mais importância ao grupo de pares. Na adolescência tardia, dos 16 aos 19 anos, o corpo assume a sua forma adulta, e o jovem agora tem uma identidade distinta e ideias e opiniões assentes.

Adolescência: Risco e Oportunidade

Apesar do vigor da juventude, Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Canha (1998) recolhem o que outros autores consideram factores de risco para adolescência na actualidade. Ultrapassados os perigos das infecções, constata-se que a maior causa das ameaças à saúde tem origem nos estilos de vida dos jovens. DiClemente, Hansen e Ponton (1996) e Lerner (1998), citados por Matos *et al.* (1998) identificam comportamentos e efeitos relacionados que vão desde o uso e abuso de substâncias, à violência, suicídio, gravidez na adolescência, álcool, distúrbios de alimentação e às doenças sexualmente transmissíveis, e que podem ser evitados.

Existe também uma diversidade de causas na literatura científica para estes comportamentos de risco. Seguindo o modelo desenvolvimental proposto por Piaget, Elkind (citado por Sprinthall & Collins, 1994) refere-se ao egocentrismo adolescente como sendo uma característica do funcionamento intelectual do adolescente. Este fenómeno subdivide-se em duas características: a narrativa pessoal, segundo a qual o adolescente pensa que ele e a sua maneira de ser são únicos no mundo, e o público imaginário, que consiste numa audiência invisível que o adolescente julga concentrar a sua atenção sobre si. Este egocentrismo intelectual, acrescido do pensamento operacional formal, é gerador de um certo nível de indestrutibilidade ou invencibilidade no jovem. Por isso, o adolescente pode criar pensamentos como “comigo é diferente”, “isto a mim não me acontece”, “estou a controlar”, incorrendo em comportamentos de risco sem disso ter consciência.

Na teoria de Erikson (1968) sobre o desenvolvimento psicossocial, a crise, a exposição a comportamentos de risco e as dificuldades resultantes experimentadas na adolescência pertencem a um desenvolvimento normal e saudável.

Mais recentemente, Matos (1997) considera que a multiplicidade de contextos sociais e interpessoais em que o adolescente se move representam desafios adicionais e possibilidades acrescidas de estes virem a desenvolver problemas de ajustamento, com consequências negativas na sua saúde. Para Fonseca (2005), são as interrogações do adolescente sobre o seu corpo e os seus comportamentos que o tornam, algumas vezes, egocêntrico, acreditando que é imune aos comportamentos de risco e, consequentemente, à invulnerabilidade.

A saúde dos jovens em Portugal

“A saúde dos adolescentes portugueses” é um estudo nacional da Rede Europeia, realizado pela equipa do Programa Aventura Social & Saúde, da Faculdade de Motricidade Humana. Insere-se no estudo colaborativo HBSC / OMS (Health Behaviour in School-aged Children) da Organização Mundial de Saúde, que conta já com 44 países. Portugal integra o estudo desde 1998.

As conclusões do estudo de 2010 são deveras animadoras relativamente à evolução do estilo de vida dos adolescentes portugueses. Relativamente à alimentação, cerca de 80% dos jovens tomam o pequeno-almoço, cerca de 10% faz dieta. A actividade física não é das dimensões com tendência positiva, mesmo assim, cerca de metade dos adolescentes pratica actividade física três vezes ou mais por semana. Relativamente ao consumo de substâncias, aproximadamente 88% dos adolescentes não fuma, a maioria não consome bebidas destiladas e nunca se embriagou, bem como não consumiu drogas no último mês, nem nunca experimentou haxixe. Aumentou o número de adolescentes que nunca se envolveu em actos de violência: 71,6% dos alunos nunca se envolveu em lutas no último ano, 63,4% nunca foi provocado na escola e 68,2% dos adolescentes refere nunca ter provocado os colegas na escola. Em relação à sexualidade, a maioria dos adolescentes refere que nunca teve relações sexuais e, dos que já tiveram, aumentou o uso de preservativo na última relação sexual (82,5%) e diminuiu o número daqueles que tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool e drogas.

Comparando os dados de 1998 e 2010, verifica-se uma situação mais desfavorável relativamente ao excesso de peso, ao tempo em frente ao ecrã, sobretudo ao computador, e à experimentação de haxixe, mantendo-se o consumo de cola, refrigerantes e doces em relação a

2008. Por outro lado, constata-se uma situação mais favorável quanto ao consumo de tabaco e bebidas destiladas, envolvimento em lutas, provocações e uso de preservativo.

A saúde dos adolescentes africanos em Portugal

De acordo com os resultados obtidos no estudo HBSC 2002 (Matos et al., 2003), em relação aos comportamentos dos adolescentes ligados à saúde e ao risco, na comparação entre adolescentes portugueses e africanos, os jovens africanos apresentam-se mais expostos ao risco a vários níveis. Estes apresentam mais consumos, mais envolvimento em lutas e actos de violência, estabelecem com mais frequência relações problemáticas na escola e com a família, têm uma alimentação menos saudável, experienciam mais frequentemente sentimentos de infelicidade, têm relações sexuais mais frequentemente e sem protecção e sob efeito de álcool ou drogas e vêem mais televisão.

Matos, Gonçalves e Gaspar (2004) sugerem a desigualdade económica como o maior factor de desequilíbrio para a saúde e não o estatuto de “*estrangeiro oriundo de África*” e alertam para a consideração deste factor na estruturação de programas de intervenção.

Modelos de mudança de comportamentos

“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,/Muda-se o ser, muda-se a confiança;/Todo o mundo é composto de mudança,/Tomando sempre novas qualidades.” (Luís de Camões, n. d.)

Actualmente, parece ser consensual que negar a importância da prevenção nos cuidados de saúde é comprometer a saúde pública no futuro. Assim, e considerando que, nas sociedades industriais, grande parte das principais causas de morte se devem a padrões de comportamento inadequados e que estes padrões de comportamento são modificáveis (Stroebe e Stroebe, 1996 citado por Ribeiro, 2005, p. 161), tem sido de todo pertinente desenvolver programas de modificação do comportamento. Glanz, Rimer e Lewis (2002) defendem que os programas de promoção de comportamentos para a saúde têm maior probabilidade de terem sucesso se norteados por uma teoria de comportamento em relação à saúde (citado por Breinbauer e Maddaleno, 2005, p. 12).

No entanto, as inúmeras estratégias adoptadas no âmbito da prevenção primária não têm tido os resultados esperados (Ribeiro, 2005). Ainda que aumentem o conhecimento cognitivo, as crenças e as opiniões não são suficientes para uma mudança sustentada nos comportamentos (Merson, Dayton & O'Reilly, 2000; Lopes, 2006). Já Lopes (2006) refere a necessidade de indagar outros factores que intervêm na prevenção.

Os modelos subjacentes a estas intervenções, bem como as práticas deles resultantes, carecem de uma análise que se reflecta, em termos reais, na construção de intervenções que sejam eficazes na mudança de comportamentos de prejuízo de saúde para comportamentos saudáveis, que se insiram, também, na escolha de um estilo de vida promotor de saúde.

As teorias sobre comportamentos de saúde têm como finalidade explicar as relações entre variáveis psicológicas do comportamento humano e a saúde e a doença (Ribeiro, 2005). Perante a insuficiência das teorias face à complexidade do comportamento, desenvolvem-se modelos, que se propõem compreender, explicar, prever, controlar as crenças, opiniões, atitudes, valores sobre saúde e, finalmente, provocar a mudança de comportamento.

O Modelo de Crenças na Saúde foi introduzido nos anos 50 pelos psicólogos Hochbaum, Kegels, Levanthal e Rosenstock, no U.S. Department of Health and Human Services (Hochbaum, 1958). Nas décadas de 70 e 80, Becker e colaboradores continuaram a desenvolvê-lo. Este modelo parte do pressuposto de que as pessoas receiam as doenças e de que as suas acções de saúde são motivadas pelo grau de medo (ameaça percebida) e pela redução do medo esperada, tanto mais quanto essa redução seja mais forte que as barreiras práticas e psicológicas encontradas (benefícios). Assim, os indivíduos tomarão medidas para se proteger ou controlar doenças se reunirem um conjunto de crenças básicas iniciais. São elas: a susceptibilidade à doença, a gravidade da doença, os custos envolvidos na realização de um comportamento, os benefícios envolvidos na realização de um comportamento e as pistas para acção internas ou externas. Revisões posteriores acrescentam dois novos constructos: a motivação para a saúde e o controlo percebido (Becker e Rosenstock, 1987).

Também Rogers (1975) se propõe desenvolver o Modelo de Crenças na Saúde, acrescentando outros factores que, segundo ele, permitem predizer as intenções de comportamento. Assim, na Teoria da Motivação para Protecção, os comportamentos relacionados com a saúde são o produto de quatro componentes: gravidade, vulnerabilidade, eficácia da resposta e auto-eficácia. Posteriormente, Rogers preenche uma lacuna nos modelos cognitivos, sugerindo um quinto componente, o medo.

A Teoria da Acção Racional (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) surge como um modelo de prevenção da saúde, apontando as componentes que, primordialmente, determinam a intenção do indivíduo de realizar tal comportamento. Essa intenção é indicada por dois factores principais: a atitude relativamente à realização do comportamento (crenças sobre os resultados e avaliações destes resultados) e as normas subjectivas associadas ao comportamento, ou seja, a percepção do indivíduo quanto às opiniões dos outros relativamente ao comportamento definido e a motivação para se submeter a outros significativos. Posteriormente, a Teoria do Comportamento Planeado apresentou um aperfeiçoamento da teoria anterior (Ajzen, 1985), conceptualizando as intenções como planos de acção que antecedem os comportamentos e acrescentando uma terceira crença, o controlo comportamental percebido, que se traduz na crença de que o indivíduo pode implementar certo comportamento.

Na Teoria Social Cognitiva, o comportamento do indivíduo, os factores pessoais e o ambiente influenciam-se mutuamente numa relação denominada reciprocidade triádica (Bandura, 1977; Bandura, 1986). Assim, para mudar comportamentos é necessário modificar factores pessoais e ambientais.

Bandura avança, ainda, uma visão do funcionamento humano com capacidades específicas: a capacidade de simbolização, pela qual o ser humano aprende através da manipulação simbólica da informação de experiências pessoais ou vicárias; a capacidade auto-reguladora, que permite ao sujeito antecipar consequências prováveis de acções que deseja realizar; a capacidade de auto-reflexão, referindo-se à eficácia pessoal; e a capacidade vicária, pela qual as pessoas adquirem aprendizagens pelas suas próprias vivências ou por meio da observação dos outros. A auto-eficácia percebida ocupa um papel fundamental na promoção de comportamento saudável, na medida em que consiste nas percepções do indivíduo sobre as suas próprias capacidades.

O Modelo Transteórico da Mudança (MTM) tem como base uma análise comparativa de psicoterapia e modelos de mudança de comportamento, de onde provêm estádios e princípios de mudança (DiClemente e Prochaska, 1982). Segundo o MTM, a mudança comportamental não é um acontecimento em si, nem um processo contínuo, mas um processo que se desenvolve de acordo com seis estádios diferentes:

Pré-contemplação – nesta fase, o indivíduo não considera, nem tem nenhuma intenção de mudar o seu padrão actual de comportamento num futuro próximo. Em termos de intervenção, a tarefa será aumentar a consciência da necessidade da mudança e a preocupação acerca do padrão actual de comportamento, considerando seriamente a mudança deste comportamento.

Contemplação – o indivíduo tem consciência das vantagens e das desvantagens da mudança. Pela ambivalência gerada, poderá permanecer neste estádio longos períodos. Terá de se decidir, analisando os prós e os contras, os custos e os ganhos do padrão actual de comportamento.

Preparação – nesta fase, o indivíduo já tem a intenção de mudar, assumindo um compromisso de desenvolver acções para mudar o comportamento e estabelecendo um plano de acção, acessível, realista e eficaz, para a mudança.

Acção – consiste na implementação do plano de acção por parte do indivíduo. Nesta fase, a pessoa já fez implementações claras e específicas relativamente ao seu padrão de comportamento e está a criar um novo padrão actual de comportamento por um período de tempo significativo. Face às dificuldades, é necessário manter o compromisso, implementar as estratégias de mudanças e rever o plano de acção, se necessário.

Manutenção – o indivíduo consegue manter o novo padrão actual de comportamento por um período extenso de tempo (de 5 meses a 6 anos), integrando-o no estilo de vida do indivíduo. Nesta fase, é notório o esforço para evitar recaídas.

Uma revisão pelos estudos empíricos realizados com base nestes modelos permitiu levantar algumas questões que podem suscitar reflexão. Assim, verifica-se que os modelos recorrentes nas investigações realizadas são a Teoria da Acção Racional e do Comportamento Planeado, bem como o Modelo de Crenças de Saúde. No entanto, este último é também o modelo mais criticado na literatura (Abraham, Sheeran & Spears, 1996; Ribeiro, 2005). O paradoxo aumenta quando o Modelo da Motivação para a Protecção, que tenta melhorar as lacunas do Modelo de Crenças na Saúde, é o modelo menos utilizado.

Embora o MTM tenha vindo a conquistar aceitação e notoriedade, tenha sido aplicado a uma série de comportamentos como fumar, exercício físico e dieta (Littell & Girvin, 2002), pouco ainda se conhece sobre a sua eficácia como base para a promoção de comportamentos de saúde. Entre outras razões, a sua popularidade deve-se ao facto de explicar por que tantas intervenções promotoras de saúde falham, uma vez que sugerem que a sua eficácia depende do facto de estas estarem adequadas à fase de mudança em que o indivíduo se situa. Enquanto alguns estudos alegam que as intervenções baseadas em estádios são mais eficazes (Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi, 1993 citado por Bridle, Riemsma, Pattenden, Sowden, Mather, Watt e Walker, 2005), outras revisões referem que há poucas evidências dessa eficácia (Bunton, Baldwin, Flynn & Whitelaw, 2000; Littell & Girvin, 2002 citado por Bridle et cols, 2005).

Diversos estudos comprovam o valor preditivo de alguns componentes dos modelos referidos; no entanto, no seu conjunto, não demonstram consistência nessas relações preditivas. Parece também haver uma certa negligência do fosso entre a intenção comportamental e a efectividade do comportamento. A maioria dos estudos não verifica essa efectiva mudança, provavelmente por limites temporais. Seria pertinente um aumento de estudos longitudinais que acompanhassem a amostra, verificassem a passagem para a mudança de comportamentos para a saúde, bem como a manutenção destes.

Relativamente aos modelos, estes são essencialmente cognitivos e cognitivos sociais, perspectivando o ser humano como sujeito racional que processa a informação de forma a maximizar os benefícios e a minimizar os custos ou riscos do seu comportamento. Não será, perante as evidências quotidianas, um pressuposto ingénuo? E o papel das emoções na tomada de decisão de mudança de um comportamento? Só o medo é emoção? Ainda na lógica racionalista, os programas implementados focavam-se sobretudo na transmissão de informação em detrimento do desenvolvimento de *skills*.

Não obstante, reconhece-se também alguma eficácia do trabalho já realizado, quer em termos teóricos, quer nos programas desenvolvidos. Sugere-se, assim, a utilização destes modelos numa perspectiva sistémica e eclética, como forma de orientar a acção e a compreensão dos fenómenos onde se quer intervir, apostando nos seus pontos fortes e no seu valor heurístico, mas desenvolvendo, também, destrezas e competências através da modelação, educação pelos pares e outras estratégias interactivas que usem a relação como contexto emocional e significativo para se dar a mudança em passos firmes e seguros.

Educação para a Saúde

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é “um processo de capacitar as pessoas a aumentar o controlo sobre a saúde e melhorá-la”.

No contexto europeu, a OMS estabelece metas de saúde para os próximos anos, defendendo a abordagem privilegiada no ambiente escolar para a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis e define *Escola Promotora da Saúde* como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar.

Para a eficácia dos programas de Educação para a Saúde (EpS), é crucial que estes sejam baseados em competências, isto é, capacidades para “operacionalizar conhecimentos, atitudes e habilidades numa situação concreta, de modo a ser bem-sucedido” (Jardim & Pereira, 2006), que permitam aos jovens protegerem-se de ameaças à saúde, adoptarem comportamentos positivos e desenvolverem relações saudáveis (Pereira, Motta, Vaz e Nossa, 2010).

Ainda no sentido da capacitação e da educação de competências, segundo Jardim e Pereira (2006), existe uma interdependência entre o sucesso académico e a aquisição de competências, pelo que se pode considerar fundamental a activação e facilitação do desenvolvimento pessoal, social e profissional, através de uma série de acções coerentes, consistentes e eficazes no contexto escolar (Jardim & Pereira, 2005).

Os profissionais que intervêm na EpS orientam a sua acção para a dimensão saudável dos sujeitos, capacitando-os para uma atitude positiva que conduza à adopção de estilos de vida saudáveis em diferentes dimensões (hábitos tabágicos, alimentares, consumo de álcool ou

drogas, condução de veículos, actividade física, vida sexual, vida familiar, resiliência, auto-estima) (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). A nível da prevenção primária, procuram evitar as situações de riscos e danos, da prevenção secundária, agem de forma imediata na detecção e diagnóstico precoce de problemas de saúde e, a nível da prevenção terciária, procuram diminuir as complicações através de tratamento e reabilitação (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Pereira (2004) alerta para as diferenças culturais emergentes na escola, desencadeadoras de novas preocupações no que respeita às políticas de integração social. Na EpS, a multiculturalidade não pode ser negligenciada, é necessário que ela promova o respeito pelas diferenças culturais, morais e sociais (GTES, 2005). Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2009) referem que, para a criação de condições que facilitem escolhas comportamentais mais saudáveis, as estratégias de promoção da saúde devem mobilizar intersectorialmente a comunidade.

O Grupo de Trabalho de Educação Sexual, criado no Ministério da Educação, no âmbito da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2005), conclui que uma nova dinâmica curricular beneficiará se tiver como objectivo último a autonomia, a responsabilização e a participação activa dos jovens na construção do seu futuro com saúde e bem-estar.

O estudo e os seus objectivos

A revisão de literatura permite considerar que é necessário ajustar e adequar as intervenções à motivação do público-alvo e que, portanto, deve ser previamente avaliada, algo que se desconhece ter sido realizado em estudos portugueses. Assim sendo, a pertinência do presente estudo justifica-se perante a necessidade de testar e validar instrumentos que auxiliem na avaliação da motivação e na avaliação da eficácia dos programas.

Este é um estudo exploratório que tem como principal objectivo analisar a relação entre a motivação para a mudança de comportamentos de saúde, de acordo com o MTM (DiClemente e Prochaska, 1982), que sugere estádios diferentes na intenção de mudar, e os comportamentos de saúde dos jovens.

Deste principal objectivo decorrem os seguintes: i) Caracterizar a população quanto ao seu estilo de vida, qualidade de vida e comportamentos de saúde; ii) Adaptar a University of Rhode Island Change Assessment Scale - URICA (McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983); iii) Identificar a Prontidão para a Mudança de comportamentos de saúde; iv) Verificar se o estilo de vida/qualidade de vida/ comportamentos de saúde são indicadores do estágio de mudança para a saúde e vice-versa; v) Perceber diferenças no estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e na motivação para a mudança segundo a etnia e o género; vi) Conhecer as percepções da população relativamente a intervenções de promoção da saúde eficazes; vii) Avaliar a eficácia de intervenções promotoras de saúde pontuais quanto à intenção de mudar comportamentos de saúde.

Perante estes objectivos, colocam-se algumas hipóteses: Existem diferenças significativas em relação ao estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e à motivação para a mudança segundo a etnia e o género? O estilo de vida/qualidade de vida/ comportamentos de saúde correlacionam-se com a Prontidão para a Mudança? A incapacidade física ou doença crónica correlacionam-se com a Prontidão para a Mudança? As acções promotoras de saúde

pontuais não trazem mudanças a curto prazo em nenhuma das dimensões estudadas (estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e à motivação para a mudança)?

Método

A amostra

A investigação, de tipo quantitativo, decorreu na Escola Profissional de Torredeita (E.P.T.) que é um estabelecimento de natureza privada, prossegue fins de interesse público e goza de autonomia cultural, tecnológica, científica, pedagógica, administrativa e financeira. A oferta formativa da Escola contempla Cursos que conferem Certificado Profissional de nível IV e Diploma com equivalência ao 12º ano de escolaridade.

A população deste estudo é composta por alunos de três níveis de ensino: 10º, 11º e 12º anos de escolaridade. Frequentam os seguintes cursos profissionais: animador sociocultural, técnicos de comércio, de serviços jurídicos, de construção civil, de electrotecnia e de higiene e segurança no trabalho e ambiente.

Responderam ao primeiro questionário 238 alunos, 48,3% do sexo feminino e 51,7% do sexo masculino. Sendo 269 o número de alunos da escola, a amostra consistiu em 88,5% da população.

Tabela 1 - Distribuição segundo o género por ano de escolaridade (N=238)

		Ano de escolaridade			Total
		10º ano	11º ano	12º ano	
		% no ano de escolaridade			
Género	Raparigas	58,1	40,3	43,8	48,3
	Rapazes	41,9	59,7	56,2	51,7

Relativamente ao ano de escolaridade, 39,1% frequentam o 10º ano de escolaridade, 30,3% frequentam o 11º e 30,7% o 12º ano.

Ao abrigo de protocolos estabelecidos com Cabo Verde e São Tomé e Príncipe, a E.P.T. recebe alunos destes países que vêm para Portugal para prosseguir os seus estudos.

Assim, 60,5% dos alunos são de nacionalidade portuguesa, 38,2% são originários da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e 1,3% têm outras nacionalidades.

Tabela 2 - Distribuição segundo a nacionalidade por ano de escolaridade. (N=238)

		Ano de escolaridade			Total
		10º ano	11º ano	12º ano	
		% no ano de escolaridade			
Nacionalidade	Portuguesa	60,2	52,8	68,5	60,5
	CPLP	38,7	45,8	30,1	38,2
	Outras	1,1	1,4	1,4	1,3

Os alunos da E.P.T. têm entre os 15 e os 25 anos de idade, sendo a média de 18,7 anos.

Tabela 3 - Caracterização da população por idade, género e ano de escolaridade. (N=238)

Idade	Sexo	N.º de Alunos por Ano de Escolaridade			Total de Alunos	
		10º	11º	12º	N	%
15 anos	Feminino	3	0	0	3	2,1
	Masculino	1	1	0	2	
16 anos	Feminino	9	4	0	13	2,1
	Masculino	5	6	0	11	
17 anos	Feminino	8	6	5	19	10,1
	Masculino	11	10	7	28	
18 anos	Feminino	10	2	10	22	19,7
	Masculino	8	9	9	26	
19 anos	Feminino	7	5	6	18	20,2
	Masculino	11	2	7	20	
20 anos	Feminino	11	4	1	16	16,0
	Masculino	2	4	4	10	
21 anos	Feminino	5	3	4	12	10,9
	Masculino	0	6	6	12	
22 anos	Feminino	1	3	5	9	10,1
	Masculino	1	3	5	9	
23 anos	Feminino	0	2	1	3	7,6
	Masculino	0	2	2	4	
25 anos	Feminino	0	0	1	1	2,9
	Masculino	0	0	1	1	
Total		93	72	73	238	100

Da amostra, 64,3% vivem com a família, 29,4% na companhia de amigos e 6,2% vivem sozinhos (Tabela 4). 10,1% dos alunos referem ter alguma incapacidade, doença ou incapacidade física crónica (e.g. incapacidades motoras, hepatite B, escoliose dorsal, síndrome de Kawasaki, diabetes, doenças respiratórias, anemia falciforme, surdez, entre outras). Importa referir que 7,6% dos alunos declara ser pai.

Tabela 4 - Distribuição dos alunos na condição de pais, com quem vivem, se acreditam em Deus e se têm alguma doença, por nacionalidade e género (N=238)

Nacionalidade	Género	Parentalidade		Com quem vive			Crente em Deus		Doença	
		Não	Sim	Fam.	Amig.	Só	Não	Sim	Não	Sim
Portuguesa	Feminino	63	3	56	7	3	23	43	62	4
	Masculino	74	4	69	5	4	31	47	69	9
CPLP	Feminino	43	4	11	33	3	1	46	43	4
	Masculino	37	7	15	25	4	4	40	37	7
Outras	Feminino	2	0	1	0	1	0	2	2	0
	Masculino	1	0	1	0	0	0	1	1	0
Total		220	18	153	70	15	59	179	214	24

Instrumentos

KIDSCREEN-27© (versão portuguesa) - O instrumento KIDSCREEN-27© é uma versão reduzida do KIDSCREEN-52©, ambos desenvolvidos no âmbito do projecto “Protecção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes - uma perspectiva Europeia de Saúde Pública (acrónimo: KIDSCREEN). Este projecto tem como principal finalidade, através de uma abordagem transcultural, avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) em crianças e adolescentes. As vantagens do questionário KIDSCREEN estão relacionadas com a excelente qualidade psicométrica e a comparação transcultural já demonstrada em vários estudos plurinacionais (Ravens-Sieberer citado por Gaspar & Matos [Eds.], 2008, pág. 9).

Para não tornar o preenchimento do questionário moroso, foi escolhida a versão reduzida do KIDSCREEN, de 27 itens, que representa as dez dimensões originais, reorganizadas nas seguintes cinco dimensões: Bem-Estar Físico, Bem-Estar Psicológico, Autonomia e Relação com os Pais, Suporte Social e Grupo de Pares e Ambiente Escolar. Este já se encontra adaptado e validado para a população portuguesa no âmbito do projecto Aventura Social & Saúde (Gaspar & Matos [Edts.], 2008).

QACS- “Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde” (QACS) é a designação portuguesa da versão adaptada para a população portuguesa por Ribeiro (1993) do *Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ)* (Hettler, 1982). Trata-se de um inventário de auto-resposta que visa a avaliação de comportamentos de saúde e de risco distribuídos por 10 factores: 1 - *Exercício físico*, 2 - *Nutrição*, 3 - *Auto cuidado*, 4 - *Segurança motorizada*, 5 - *Uso de drogas ou similares*. O QACS é constituído por 28 itens, avaliados numa escala de Likert, com 5 categorias de respostas (A - Quase sempre, 90% ou mais das vezes; B - Com muita frequência, cerca de 75% das vezes; C - Muitas vezes, cerca de 50% das vezes; D - Ocasionalmente, cerca de 25% das vezes; E - Quase nunca, menos de 10% das vezes).

URICA - A *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983) é um instrumento baseado no MTM (Prochaska & DiClemente, 1982) que identifica os estádios de motivação e a Prontidão para a Mudança. Apesar de, aparentemente, ainda não ter sido utilizado em estudos portugueses, a sua aplicação é ampla na investigação, segundo a literatura encontrada. A sua pertinência traduz-se no facto de fornecer informações sobre a motivação para modificar comportamentos e, com isso, delinear as abordagens e estratégias de intervenção adequadas. Consiste numa escala de Likert, com 24 itens, que se dividem em quatro subescalas: Pré-contemplação (itens 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31), Contemplação (itens 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24), Acção (3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30) e Manutenção (6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32). A pontuação em cada subescala resulta da soma de pontos de cada subescala (1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - indeciso, 4 - concordo, 5 - concordo totalmente).

A Prontidão para a Mudança consiste num conceito mais genérico do que o de estágios, proposto por DiClemente et al. (2004). Calcula-se através da seguinte equação: média de pontos da Contemplação (C) + média de pontos da Acção (A) + média de pontos da Manutenção (M) - média de pontos da Pré-Contemplação (PC).

No anexo I, encontram-se as respectivas autorizações para a utilização dos instrumentos referidos para fins de investigação.

Versão final: questionários on-line I e II - Foram elaborados dois questionários *on-line*, utilizando a ferramenta *Google Docs*, incluindo o KIDSCREEN-27, o QACS e a URICA. Introduziram-se, ainda, questões que permitissem a caracterização sociodemográfica da população e o conhecimento da sua percepção quanto à sua saúde, estilo de vida e comportamentos saudáveis. Um último grupo de questões destinou-se a avaliar a percepção dos alunos relativamente às intervenções promotoras de saúde. O questionário “Comportamentos de Saúde I” foi utilizado como avaliação inicial e o questionário “Comportamentos de Saúde II” como avaliação final, após a intervenção. As diferenças entre os dois questionários estão presentes nas

perguntas relativas à caracterização demográfica e na avaliação das acções promotoras de saúde. Os dois questionários encontram-se no anexo II.

Procedimentos

Tradução e adaptação da URICA

Uma vez que a investigação a realizar incluía a tradução e adaptação da URICA (McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989) da língua inglesa para a língua portuguesa, este foi o primeiro procedimento a tomar pela sua complexidade. Assim, a URICA foi traduzida por um profissional em Ciências, com conhecimentos em língua inglesa, e essa versão foi sujeita a uma *back-translation*, realizada por uma profissional habilitada em Língua Inglesa. Realizou-se uma nova tradução por um profissional de Psicologia com conhecimentos em língua inglesa. Posteriormente, o instrumento foi aplicado a 6 sujeitos, adolescentes e adultos, a fim de avaliar as suas dúvidas e reacções e a adequação da escala, tendo como orientação, o método da reflexão falada (*thinking aloud*). Fizeram-se alguns reajustamentos em expressões confusas e a versão foi mais uma vez submetida aos três profissionais e comparada com a versão original.

Depois de integrada a URICA - versão portuguesa, no questionário on-line, este foi submetido à sua testagem, através do preenchimento por adolescentes e um adulto que não integrariam a amostra para não contaminarem os dados.

Aspectos éticos e deontológicos da realização da investigação

A Direcção Técnico-Pedagógica da Escola Profissional de Torredeita foi contactada a fim de autorizar a realização do estudo naquela escola (Anexo III). Para o efeito foi informada sobre os objectivos do estudo e foi-lhe disponibilizada uma versão impressa do questionário.

Visando obter o consentimento informado dos alunos, foi enviado, também, um pedido de autorização, com a apresentação do estudo e dos seus objectivos, aos encarregados de educação dos alunos. Posteriormente, só os educandos autorizados foram submetidos à investigação, mas também estes foram informados dos objectivos do estudo, do seu âmbito e do anonimato e confidencialidade dos dados obtidos. No anexo IV, encontram-se os respectivos documentos que formalizaram o consentimento informado.

A investigação - O estudo decorreu de Fevereiro a Abril de 2011, dividiu-se em três fases que se apresentam esquematicamente no Quadro 1. Neste Quadro, podem-se verificar, ainda, os critérios de exclusão da amostra e o número de alunos nas três fases.

Quadro 1 - Fases da investigação e alunos envolvidos

	Fase I	Fase II	Fase III
Acção	Recolha de dados – 1º questionário	Intervenções inseridas no projecto Educação para a Saúde	Recolha de dados – 2º questionário
Destinatários	Todos os alunos da E.P.T. (269)	Alunos do 10º e do 11º ano de escolaridade (188)	Alunos do 10º ano de escolaridade (94)
Crítérios de exclusão	Falta de autorização, falta de assiduidade na recolha de dados.	Falta de assiduidade no momento das acções.	Falta de assiduidade em alguma das acções e/ou na recolha de dados.
Amostra	238	?	45

Fase I - Avaliação inicial

A primeira recolha de dados realizou-se através da aplicação do questionário, ao longo do mês de Fevereiro.

Feita uma reunião prévia com os Orientadores Educativos e com o Núcleo de Professores a Tempo Permanente, foi-lhes fornecido um conjunto de instruções sobre a forma como o questionário deveria ser aplicado. Estas instruções foram também escritas facilitando a consulta no momento da recolha dos dados. Foi-lhes também distribuído o documento a ser assinado pelos alunos, autorizando ou não a participação no estudo, e a informação dos alunos não autorizados pelos encarregados de educação.

Para facilitar a operacionalização da recolha de dados, os professores, nas aulas de Orientação Educativa de Turma, dirigiam-se com a turma em questão para a sala de informática. Em cada computador, tinha sido adicionado na Barra de Favoritos no *Internet Explorer* o *link* do questionário *on-line*. Depois de apresentado o objectivo do estudo, de garantir o anonimato e a confidencialidade do mesmo e de autorizada a participação, os alunos iniciavam o preenchimento do questionário. As dúvidas que surgiam com mais frequência eram relativas ao não prosseguimento do questionário por falta de preenchimento de questões obrigatórias ou, ainda, relativas à questão 7 do QACS (“Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia”).

Fase II – Intervenção

Este momento integrou duas intervenções no âmbito da Educação para a Saúde. Previamente à sua concepção, a avaliação de necessidades realizou-se pela auscultação dos orientadores educativos de turma, facilitada pelo facto de a investigadora ser simultaneamente responsável pelo Gabinete de Psicologia da Escola. Ainda que condicionada pelas limitações usuais das escolas, a nível da carga horária dos cursos profissionais, a intervenção tentou responder às necessidades levantadas, que consistiu, sobretudo, numa reprodução realista das acções nesta área no ensino secundário e profissional, sendo pontual (Anexo V).

A primeira acção foi dinamizada pela psicóloga responsável pelo Gabinete de Psicologia. O jogo *Ka bô dança ma vida* (Anexo VI) foi desenvolvido em grupos-turma ao longo de 2 horas. O segundo momento de intervenção consistiu numa acção de sensibilização dirigida aos alunos do 10º e 11º anos, denominada “Maternidade Responsável – Inerências da Gravidez na Adolescência”, que decorreu no dia 30 de Março no auditório da E.P.T..

Fase III - Avaliação Final

O procedimento da fase III decorreu de forma semelhante à fase I, com a diferença de que se aplicou apenas aos alunos do 10º ano, ao longo da primeira semana de Março, nas aulas de Tecnologias de Informática e Comunicação, cuja docente integra o Núcleo de Professores a Tempo Permanente.

O questionário sofreu algumas alterações nas questões relacionadas com a caracterização e com avaliação de acções promotoras de saúde e, perante a dúvida manifestada na fase I, acrescentou-se à questão 7 do QACS “(se não bebo – quase sempre a se bebo – quase nunca)”.

Tratamento de dados

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e analisados no programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 16.0 para Windows. A análise exploratória dos dados

foi realizada através de medidas descritivas: média e desvio-padrão ou frequência. Na comparação de distribuições, verificando-se o cumprimento dos pressupostos da normalidade de dados (teste de Kolmogorov-Smirnov ou de Shapiro-Wilk) e da homogeneidade das variâncias (teste de Levene), utilizou-se o teste T de Student ou a ANOVA. Não se cumprindo os pressupostos, recorreu-se ao teste de Mann-Witney, ao teste de Kruskal-Wallis ou ao teste de Wilcoxon. Na análise de correlações, nas situações em que se cumpria o pressuposto da normalidade de dados (teste de Kolmogorov-Smirnov ou de Shapiro-Wilk), utilizou-se o coeficiente de correlação linear de Pearson. Em alternativa, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman. Para avaliar a consistência interna da escala URICA -versão portuguesa, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach. Em todos os casos, considerou-se significativo um valor do *p-value* < 0,05.

Resultados

Os resultados obtidos foram divididos em várias áreas para uma mais fácil compreensão.

Qualidade de vida, comportamentos de saúde e estilo de vida dos alunos da E.P.T.

Os resultados obtidos no KIDSCREEN-27 são apresentados na Tabela 5. Para cada uma das dimensões analisadas, além de se ter calculado a média dos dados obtidos, estes foram transformados em valores entre 0 e 100 de acordo com a seguinte fórmula, tendo-se posteriormente calculado a média e o desvio padrão:

$$\text{Dimensão} = \frac{(\text{resultado obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior}) \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

O resultado entre 0 e 100 valores será indicador da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS).

Tabela 5 - Dimensões do Instrumento KIDSCREEN-27 e valor médio obtido (N=238)

Dimensões	N.º de itens	Média	Média*	D.P.**	Variação
Bem-Estar Físico	5	16,30 (5-25)	56,51	17,64	20
Bem-Estar Psicológico	7	22,11 (7-35)	53,96	8,72	28
Autonomia e Relação com os Pais	7	24,94 (7-35)	64,06	18,57	28
Suporte Social e Grupo de Pares	4	15,33 (4-20)	70,82	19,54	16
Ambiente Escolar	4	13,14 (4-20)	57,12	15,78	16

*Resultados transformados em valores entre 0 e 100

** Desvio-padrão transformado em valores entre 0 e 100

As Tabelas seguintes (6 e 7) têm como finalidade apresentar a comparação da distribuição das dimensões da QVRS segundo o género e a nacionalidade.

Tabela 6 - Análise univariada da QVRS (N=238) e comparação das distribuições segundo o género

Dimensões	Género	Média	D.P.	p
Bem-Estar Físico	Raparigas	50,82	15,13	0,000*
	Rapazes	61,83	18,21	
Bem-Estar Psicológico	Raparigas	53,85	8,56	0,683*
	Rapazes	54,07	8,91	
Autonomia e Relação com os Pais	Raparigas	64,29	18,53	0,857**
	Rapazes	63,85	18,68	
Suporte Social e Grupo de Pares	Raparigas	69,68	20,50	0,545*
	Rapazes	71,90	18,62	
Ambiente Escolar	Raparigas	59,51	13,98	0,025*
	Rapazes	54,88	17,04	

A média e desvio padrão (D.P.) foram calculados com base nos resultados transformados de 0 a 100.

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

Existem apenas diferenças significativas quanto ao género no Bem-estar Físico ($p=0,000$) e no Ambiente Escolar ($p=0,025$), sendo que os rapazes sentem uma melhor qualidade de vida em termos físicos do que as raparigas e estas sentem-se melhor do que eles no que respeita ao Ambiente Escolar.

Tabela 7 - Análise univariada da QVRS (N=235) e comparação das distribuições segundo a nacionalidade.

Dimensões	Nacionalidade	Média	D.P.	p
Bem-Estar Físico	Portuguesa	57,88	15,91	0,048*
	CPLP	54,56	20,22	
Bem-Estar Psicológico	Portuguesa	53,15	8,86	0,087*
	CPLP	55,22	8,52	
Autonomia e Relação com os Pais	Portuguesa	66,12	18,57	0,020*
	CPLP	60,56	17,92	
Suporte Social e Grupo de Pares	Portuguesa	73,39	19,54	0,017*
	CPLP	67,10	19,02	
Ambiente Escolar	Portuguesa	56,90	14,59	0,704*
	CPLP	57,55	17,59	

A média e desvio padrão foram calculados com base nos resultados transformados de 0 a 100.

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

Quanto às diferenças de QVRS sentidas pelos alunos de nacionalidades diferentes, foram analisadas somente as nacionalidades portuguesas e da CPLP. Verificaram-se diferenças significativas no Bem-Estar Físico (ainda que $p=0,048$), na Autonomia e Relação com os Pais ($p=0,020$) e no Suporte Social e Grupos de Pares ($p=0,017$), parecendo que, nas dimensões referidas, os alunos portugueses sentem uma QVRS mais elevada do que os alunos da CPLP.

Tabela 8 - Comparação das distribuições dos resultados obtidos na E.P.T. com as médias obtidas na Europa e Portugal

Dimensões do KIDSCREEN-52	Dimensões do KIDSCREEN-27	Europa		<i>p</i> *	Portugal		<i>p</i> *
		Média	D.P.		Média	D.P.	
Saúde e Actividade Física	Bem-Estar Físico	66,54	19,52	0,000	71,68	17,58	0,000
Sentimentos	Bem-Estar Psicológico	75,23	19,08	0,000	80,08	19,88	0,000
Estado de Humor Geral		76,24	18,19		76,86	19,19	
Sobre si próprio		63,89	22,22		73,61	18,22	
Tempo Livre	Autonomia e Relação com os Pais	70,36	21,71	0,000	76,46	20,95	0,000
Família e Ambiente Familiar		77,91	20,28		80,10	19,84	
Questões Económicas		74,38	19,45		74,21	27,15	
Amigos (as)	Suporte Social e Grupo de Pares	67,24	20,47	0,003	77,04	19,73	0,000
Ambiente escolar/ Aprendizagem	Ambiente Escolar	89,24	16,36	0,000	69,64	20,11	0,000
Provocação		70,92	26,72		79,98	22,05	

As médias e desvios padrão foram calculados com base nos resultados transformados de 0 a 100.

* Utilizou-se o teste de Wilcoxon

Comparando os resultados dos alunos da E.P.T. com os resultados das crianças e adolescentes de Portugal e da Europa (Gaspar & Matos, 2008), encontram-se diferenças significativas em todas as dimensões. Assim sendo, os jovens da E.P.T. demonstram QVRS inferior no que respeita ao Bem-Estar Físico, ao Bem-Estar Psicológico, à Autonomia e Relação com os Pais e ao Ambiente Escolar. Quanto à dimensão Suporte Social e Grupo de Pares, o grupo de alunos da E.P.T. refere uma percepção mais negativa ($p=0,000$) face aos dados de outros adolescentes portugueses, mas, simultaneamente, mais positiva ($p=0,003$) face aos dados europeus.

Na Tabela 9, apresentam-se os resultados obtidos no QACS, que traduzem os comportamentos de saúde e de evitamento do risco em 5 categorias.

Tabela 9 - Estatísticas sumárias dos comportamentos de saúde dos alunos (N=238)

Categorias	Média	D.P.	Mín - Máx
Exercício físico Itens 1, 2 e 3	8,13	3,28	3 - 15
Nutrição Itens 4, 5, 6, 18 e 22	13,82	4,60	5 - 25
Auto cuidado Itens 8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 26, 27 e 28	38,63	7,89	13 - 55
Segurança motorizada Itens 13, 14 e 15	10,42	3,43	3 - 15
Uso de drogas ou similares Itens 7, 16, 17, 19, 20 e 21	21,97	5,01	6 - 30
Total QACS	92,96	17,00	36 - 132

Tabela 10 - Análise univariada do QACS por género (N=238) e comparação das distribuições segundo o género

Dimensões	Género	Média	D.P.	p*
Exercício Físico	Raparigas	6,85	2,91	0,000
	Rapazes	9,32	3,16	
Nutrição	Raparigas	14,18	4,73	0,290
	Rapazes	13,48	4,47	
Auto cuidado	Raparigas	40,34	8,02	0,000
	Rapazes	37,03	7,44	
Segurança motorizada	Raparigas	10,40	3,80	0,853
	Rapazes	10,44	3,06	
Uso de drogas e similares	Raparigas	21,88	5,27	0,977
	Rapazes	22,05	4,79	
Total QACS	Raparigas	93,65	18,32	0,297
	Rapazes	92,32	15,72	

* Utilizou-se o teste Mann Whitney

Existem diferenças significativas quanto ao exercício físico ($p=0,000$), tendo os rapazes da E.P.T. comportamentos de exercício físico com mais frequência do que as raparigas.

Tabela 11 - Análise univariada do QACS (N=235) e comparação das distribuições segundo a nacionalidade

Dimensões	Nacionalidade	Média	D.P.	p
Exercício Físico	Portuguesa	8,18	3,34	0,742*
	CPLP	8,02	3,22	
Nutrição	Portuguesa	14,28	4,43	0,045*
	CPLP	13,10	4,79	
Auto cuidado	Portuguesa	40,92	7,09	0,000*
	CPLP	34,98	7,70	
Segurança motorizada	Portuguesa	10,92	3,24	0,006*
	CPLP	9,64	3,64	
Uso de drogas e similares	Portuguesa	22,35	4,61	0,339*
	CPLP	21,34	5,63	
Total QACS	Portuguesa	96,65	15,41	0,000*
	CPLP	87,08	17,96	

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

Na Tabela 11, verifica-se que não há diferenças significativas no grupo de alunos portugueses comparativamente com os da CPLP nas categorias Exercício Físico e Uso de drogas e Similares. Por outro lado, os alunos portugueses demonstram com mais frequência comportamentos de saúde e de evitamento de risco relativos à Nutrição ($p=0,045$), ao Auto

Cuidado ($p=0,000$), à Segurança Motorizada ($p=0,006$) e ao Total de Atitudes e Comportamentos de Saúde ($p=0,000$).

Tabela 12 - Correlações das dimensões do KIDSCREEN-27 com as dimensões do QACS (N=238)

		Exercício Físico	Nutrição	Auto cuidado	Segurança motorizada	Drogas	QACS
Bem-Estar Físico	r_s^*	0,515	0,133	0,131	-0,041	0,102	0,214
	p	0,000	0,041	0,043	0,525	0,117	0,001
Bem-Estar Psicológico	r_s^*	0,196	0,126	0,020	-0,062	0,027	0,065
	p	0,002	0,053	0,761	0,337	0,681	0,315
Autonomia e Relação com os Pais	r_s^*	0,125	0,058	0,198	0,075	0,132	0,183
	p	0,054	0,375	0,002	0,247	0,042	0,005
Suporte Social e Grupo de Pares	r_s^*	0,181	-0,010	0,154	0,064	0,139	0,153
	p	0,005	0,884	0,018	0,328	0,032	0,018
Ambiente Escolar	r_s^*	0,077	0,079	0,20	0,086	0,165	0,187
	p	0,236	0,227	0,001	0,185	0,011	0,004

* Coeficiente de Correlação Ró de Spearman - p

De acordo com a Tabela 12, apenas se verifica uma correlação moderada positiva entre o Bem-Estar Físico e o Exercício Físico ($r_s=0,515$ e $p=0,000$), o que significa que as outras variáveis medem dimensões diferentes e independentes.

Validação da URICA

Tabela 13 - Organização dimensional da escala URICA e estatísticas da homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach (N=238)

Dimensões	N.º de itens	Alfa de Cronbach	Alfa se o item for excluído
Pré-contemplação	8	-0,113	0,877
Contemplação	8	0,614	0,386
Acção	8	0,666	0,341
Manutenção	8	0,654	0,357
URICA	32	0,852	

Para a globalidade da amostra, o coeficiente de consistência interna apresenta um valor satisfatório ($\alpha=0,852$). O valor de Alfa das categorias é moderado ou baixo, sobretudo da subescala Pré-contemplação ($\alpha=0,113$).

Na Tabela 14, apresentam-se os indicadores das qualidades dos itens, como a média (espera-se que não inclua o valor mínimo, nem o máximo possível), o desvio-padrão e o Alfa de Cronbach item-total, corrigido pela eliminação do item em questão (esperada $> 0,10$).

Tabela 14 - Resultados das respostas aos itens da escala URICA (N=238)

Questão	Média	D.P.	Alfa de Cronbach	Alfa se o item for excluído
1.	3,12	1,16	-0,030	0,859
2.	3,63	1,00	0,457	0,845
3.	3,55	1,04	0,381	0,847
4.	3,92	0,95	0,325	0,848
5.	2,45	1,24	-0,093	0,862
6.	3,17	1,15	0,401	0,846
7.	3,30	0,98	0,536	0,843
8.	3,53	1,06	0,511	0,843
9.	3,22	1,12	0,485	0,844
10.	3,48	1,05	0,554	0,842
11.	2,39	1,20	-0,018	0,859
12.	3,74	0,91	0,410	0,846
13.	2,77	1,10	0,072	0,855
14.	3,47	0,99	0,543	0,843
15.	3,29	1,19	0,500	0,843
16.	3,25	1,00	0,366	0,847
17.	3,57	0,93	0,523	0,844
18.	3,45	1,00	0,565	0,842
19.	3,69	1,00	0,499	0,844
20.	3,18	1,10	0,449	0,845
21.	2,89	1,08	0,456	0,845
22.	2,95	1,08	0,385	0,847
23.	2,87	1,04	0,236	0,851
24.	3,36	1,06	0,542	0,842
25.	3,36	0,97	0,535	0,843
26.	2,55	1,25	0,047	0,857
27.	3,47	1,06	0,502	0,844
28.	2,90	1,13	0,383	0,847
29.	2,71	1,12	0,210	0,852
30.	3,39	1,02	0,485	0,844
31.	2,66	1,15	0,260	0,850
32.	3,19	1,12	0,429	0,845

A maioria dos itens cumpriu os critérios de qualidade esperados e não houve valores perdidos. Verifica-se, ainda, que o valor de alfa, se o item for eliminado, ultrapassa o alfa total ($\alpha=0,852$) em itens relativos à subescala de Pré-contemplação.

Prontidão para a mudança

Para obter o valor da Prontidão para a Mudança, calculou-se a soma de cada subescala, omitindo os seguintes itens: 31 (PC), 4 (C), 20 (A) e 9 (M), de acordo com The Health and Addictive Behaviors: Investigatins Transtheoretical Solutions (HABITS) Lab, o laboratório de investigação de Psicologia de Carlo DiClemente, Ph.D., na Universidade de Maryland, em Baltimore County.

Posteriormente, calcularam-se as médias e utilizou-se a seguinte equação: $C + A + M - PC = PM$.

Tabela 15 - Estatísticas descritivas da PM e dos Estádios Motivacionais dos alunos da E.P.T. (N=238)

	Média	D. P.	Mín – Máx	P₂₅	P₅₀	P₇₅
Pré-contemplação	21,52	5,48	9 - 40	18	21	25
Contemplação	28,05	5,27	8 - 40	25	29	32
Acção	27,31	5,27	8 - 40	24	28	31
Manutenção	25,60	5,16	8 - 40	22	26	29
Prontidão para a Mudança	7,40	2,01	1,43-12,43	6,14	7,71	8,71

Analisando a Tabela 15, verifica-se que o nível de Prontidão para a Mudança variou entre 1,43 e 12,43 pontos, tendo como média 7,40 pontos.

Segundo The HABITS Lab, o valor da Prontidão para a Mudança pode ser comparado aos pontos de corte (Tabela 16) para determinar em que grupo deve ser considerado cada jovem.

Tabela 16 - Pontos de corte, segundo fonte do Health and Addictive Behaviors Lab, Universidade de Maryland

Estádio	Média do grupo
Pré-contemplação	Até 8
Contemplação	8 – 11
Preparação (Acção)	11 – 14
Manutenção	≥14

Assim, o valor médio da Prontidão para a Mudança dos jovens da E.P.T. situa-os no estágio da Pré-contemplação.

Observa-se na Tabela 17, que a maioria dos jovens (60,5%) pode ser classificada no estágio da Pré-contemplação, enquanto 35,7% se situa na Contemplação. Apenas 3,8% dos alunos pode ser classificado como estando num momento de preparação para a acção.

Tabela 17 - Frequência de alunos em cada estágio, de acordo com o valor de Prontidão para a Mudança (N=238)

	Frequência	Frequência	Frequência
Pré-contemplação	144	60,5	60,5
Contemplação	85	35,7	96,2
Preparação	9	3,8	100,0
Manutenção	0	0	0
Total	238	100,0	

Tabela 18 - Análise univariada da Prontidão para a Mudança (N=238) e comparação das distribuições segundo o género

Dimensões	Género	Média	D.P.	p*
Pré-contemplação	Raparigas	20,65	5,08	0,006*
	Rapazes	22,33	5,74	
Contemplação	Raparigas	28,59	4,39	0,387*
	Rapazes	27,55	5,95	
Acção	Raparigas	28,03	4,70	0,053*
	Rapazes	26,63	5,69	
Manutenção	Raparigas	25,94	25,30	0,266*
	Rapazes	4,946	5,36	
Prontidão para a Mudança	Raparigas	7,73	1,85	0,013**
	Rapazes	7,09	2,11	

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

Através da Tabela 18, observa-se que os rapazes pontuam mais no estágio da Pré-contemplação ($p=0,006$) e na Prontidão para a Mudança ($p=0,013$). No entanto, não há diferenças significativas comparando as distribuições dos outros estádios motivacionais.

Tabela 19 - Análise univariada da Prontidão para a Mudança (N=235) e comparação das distribuições segundo a nacionalidade

Dimensões	Nacionalidade	Média	D.P.	p-value*
Pré-contemplação	Portugueses	22,10	5,78	0,046
	CPLP	20,52	4,88	
Contemplação	Portugueses	27,81	5,38	0,324
	CPLP	28,43	5,13	
Acção	Portugueses	27,15	5,25	0,528
	CPLP	27,48	5,29	
Manutenção	Portugueses	25,35	5,46	0,299
	CPLP	26,02	4,71	
Prontidão para a Mudança	Portugueses	7,25	2,08	0,197
	CPLP	7,63	1,89	

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

Na Tabela 19, observa-se que os alunos portugueses têm uma pontuação significativamente mais elevada no estado da Pré-contemplação ($p=0,046$). Nos outros estádios e na Prontidão para a Mudança, não se verificam diferenças significativas entre os alunos portugueses e os da CPLP.

Relacionaram-se os dados obtidos no KIDSCREEN-27 e no QACS com a Prontidão para Mudança e os Estádios Motivacionais (Tabela 20) para analisar a validade convergente, recorrendo ao Coeficiente de Correlação de Spearman.

Tabela 20 - Correlações dos comportamentos de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde com os estádios motivacionais

	r_s	p-value
Pré-contemplação		
Bem-Estar Físico	0,156	0,016
Bem-Estar Psicológico	0,059	0,368
Autonomia e Relação com os Pais	0,274	0,000
Suporte Social e Grupo de Pares	0,029	0,657
Ambiente Escolar	-0,102	0,118
Exercício Físico	0,044	0,502
Nutrição	0,053	0,416
Auto cuidado	-0,006	0,924
Segurança motorizada	-0,130	0,045
Uso de drogas e similares	-0,138	0,033
Total QACS	-0,077	0,238
Contemplação		
Bem-Estar Físico	0,008	0,899
Bem-Estar Psicológico	0,023	0,723
Autonomia e Relação com os Pais	-0,013	0,841
Suporte Social e Grupo de Pares	0,059	0,366
Ambiente Escolar	0,166	0,010
Exercício Físico	0,106	0,104
Nutrição	0,073	0,259
Auto cuidado	0,038	0,559
Segurança motorizada	0,109	0,093
Uso de drogas e similares	0,029	0,657
Total QACS	0,107	0,099
Acção		
Bem-Estar Físico	0,019	0,767
Bem-Estar Psicológico	0,070	0,281
Autonomia e Relação com os Pais	0,045	0,494
Suporte Social e Grupo de Pares	0,075	0,250
Ambiente Escolar	0,105	0,105
Exercício Físico	0,100	0,125
Nutrição	0,147	0,023
Auto cuidado	0,087	0,182
Segurança motorizada	0,140	0,031
Uso de drogas e similares	0,081	0,211
Total QACS	0,162	0,012
Manutenção		
Bem-Estar Físico	-0,041	0,525
Bem-Estar Psicológico	-0,022	0,736
Autonomia e Relação com os Pais	-0,057	0,381
Suporte Social e Grupo de Pares	-0,018	0,788
Ambiente Escolar	0,030	0,643
Exercício Físico	0,076	0,245
Nutrição	0,133	0,040
Auto cuidado	0,005	0,943
Segurança motorizada	0,027	0,681
Uso de drogas e similares	-0,058	0,376
Total QACS	0,048	0,457
Prontidão		
Bem-Estar Físico	-0,071	0,276
Bem-Estar Psicológico	-0,034	0,605
Autonomia e Relação com os Pais	-0,110	0,090
Suporte Social e Grupo de Pares	-0,003	0,963
Ambiente Escolar	0,095	0,144
Exercício Físico	0,064	0,324
Nutrição	0,095	0,145
Auto cuidado	0,058	0,372
Segurança motorizada	0,131	0,044
Uso de drogas e similares	0,057	0,384
Total QACS	0,131	0,044

Não se verificou correlação significativa entre nenhum estágio motivacional da URICA- versão portuguesa, nem da Prontidão para a Mudança e as dimensões avaliadas pelo KIDSCREEN-27 e a qualidade de vida relacionada com a saúde medida pelo QACS.

Finalmente, tentou-se perceber se os estágios de motivação para a mudança apresentavam alguma correlação com outras características da amostra, como revela a Tabela 21.

Tabela 21 - Comparação da URICA – versão portuguesa e outras características

		Parentalidade		Com quem vive			Crente em		Doença	
		Não	Sim	Fam.	Amig.	Só	Não	Sim	Não	Sim
Prontidão	Média	7,42	7,10	7,16	7,80	7,92	6,97	7,54	7,34	7,95
	D.P.	1,99	2,29	1,98	1,97	2,22	2,21	1,93	2,01	1,98
	<i>p</i>	0,788*		0,049**			0,153*		0,109*	
Pré- Contemplação		0,662***		0,032****			0,436*		0,833***	
		0,733***		0,139****			0,053***		0,167***	
	Acção	0,580***		0,194****			0,174***		0,176***	
Manutenção		0,128***		0,051****			0,080***		0,123***	

* Utilizou-se o teste t-Student

*** Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se a ANOVA

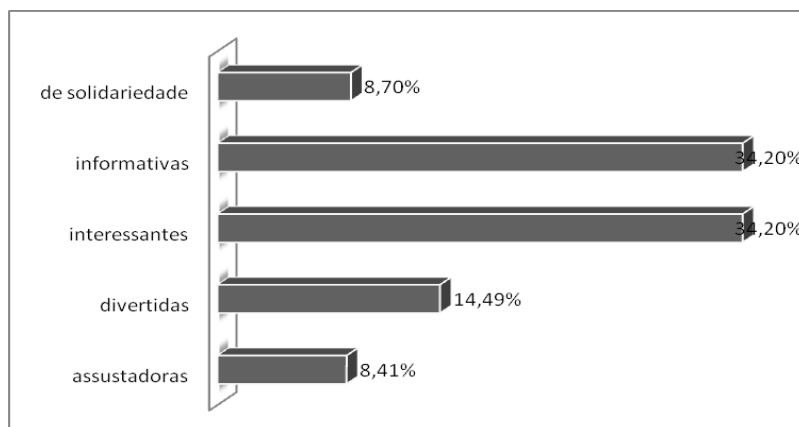
**** Utilizou-se o teste Kruskal-Wallis

A prontidão varia significativamente relativamente às pessoas com quem vive ($p=0,049$), apresentando um valor mais elevado quando vive sozinho e um valor mais baixo quando vive com familiares. Porém, os alunos que vivem com a família ou sozinhos têm uma pontuação mais elevada no estágio da Pré-contemplação ($p=0,032$) do que aqueles que moram com os amigos.

Avaliação de acções promotoras de saúde

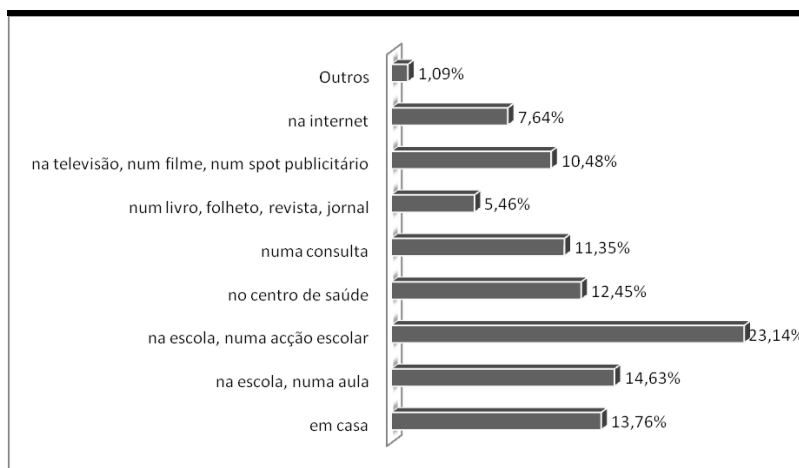
Relativamente a este ponto, o estudo limitou-se a tentar identificar as estratégias (características, meios e locais) mais eficazes em intervenções promotoras de saúde, segundo a opinião dos jovens da E.P.T. Por intervenções promotoras de saúde consideram-se todas as acções que tenham prestado informação, formação e/ou sensibilização sobre saúde ou comportamentos relacionados.

Gráfico 1 - Frequência de respostas relativamente às características das acções promotoras de saúde mais marcantes



Observa-se que as características mais valorizadas em acções promotoras de saúde consistem na informação (34,20%) e no interesse da acção (34,20%), seguidas da diversão (14,49%). As características menos escolhidas foram *de solidariedade* (8,7%) e *assustadoras* (8,41%).

Gráfico 2 - Frequência de respostas relativamente ao meio e local das acções promotoras de saúde mais eficazes



Quanto ao meio e local, os adolescentes da E.P.T. consideraram que as acções mais eficazes foram *na escola, numa acção escolar* (23,14%), seguidas das *na escola, na aula* (14,63%). *Em casa* decorrem as acções consideradas mais eficazes em terceiro lugar (13,76%). Os *mass media* são o meio menos votado, sobretudo aqueles que privilegiam a forma escrita (5,46%).

As Tabelas 22 e 23 referem-se a 12 categorias apresentadas como factores necessários para adoptar comportamentos saudáveis.

Tabela 22 - Média, desvio-padrão e mediana das pontuações obtidas nos factores necessários à adopção de comportamentos saudáveis

	N	Média	D.P.	Mediana
Para adoptar comportamentos saudáveis é preciso:				
Informação	236	3,94	0,975	4
Elevada auto-estima	235	3,90	0,903	4
Motivação	232	4,05	0,866	4
Capacidades	235	3,71	0,915	4
Ajuda dos outros	231	3,73	0,922	4
Iniciativa individual	235	4,03	0,922	4
Mudança de mentalidade na sociedade	233	3,70	1,023	4
Investir na educação das crianças nesta área	234	3,86	0,932	4
Mais acessibilidade aos médicos	234	3,85	0,912	4
Mais acessibilidade aos medicamentos	235	3,47	1,126	4
Intervenções duradouras	234	3,50	1,020	3
Intervenções pontuais mas importantes	233	3,68	0,970	4

(1=nada importante; 2=pouco importante; 3=importante; 4=muito importante e 5=extremamente importante)

Tabela 23 - Frequência em percentagem válida da pontuação obtida nos factores necessários à adopção de comportamentos saudáveis

	1	2	3	4	5
Para adoptar comportamentos saudáveis é preciso:					
Informação	2,1	2,5	30,1	29,7	35,6
Elevada auto-estima	1,7	2,6	28,1	39,1	28,5
Motivação	1,3	1,7	22,0	40,5	34,5
Capacidades	1,7	6,4	30,6	41,3	20,0
Ajuda dos outros	1,3	5,6	34,6	35,5	22,9
Iniciativa individual	0,9	3,8	24,3	33,6	37,4
Mudança de mentalidade na sociedade	2,6	8,6	30,0	33,5	25,3
Investir na educação das crianças nesta área	0,9	6,0	28,2	36,30	28,6
Mais acessibilidade aos médicos	1,3	4,3	29,5	38,0	26,9
Mais acessibilidade aos medicamentos	5,1	14,0	30,6	28,9,	21,3
Intervenções duradouras	3,4	10,3	38,5	29,1	18,8
Intervenções pontuais mas importantes	2,1	5,2	39,5	28,8	24,5

(1=nada importante; 2=pouco importante; 3=importante; 4=muito importante e 5=extremamente importante)

Verifica-se que todos os factores tiveram um valor médio acima do entendido como *importante*. A mediana é, em todos os factores, igual a 4, excepto em intervenções duradouras (med.=3), pelo que se entende que o valor atribuído com mais frequência a estes factores foi *muito importante*.

Qualidade de vida, comportamentos de saúde, estilo de vida, estádios motivacionais e Prontidão para a Mudança dos alunos da E.P.T. – Avaliação final

As tabelas seguintes apresentam os dados recolhidos na Fase III – Avaliação Final (A.F.) – junto dos alunos do 10º ano. Observam-se, ainda, os resultados dos alunos do mesmo grupo na Fase I – Avaliação Inicial (A.I.) - e apresentam-se as comparações dos dois grupos (utilizaram-se testes para amostras independentes dada a impossibilidade de emparelhar os dados).

Tabela 24 - Valor médio obtido na avaliação final (N=45)

Dimensões	N.º de itens	Média	Média*	D.P.**	Variação
Bem-Estar Físico	5	16,16	55,78	20,48	20
Bem-Estar Psicológico	7	21,56	51,98	10,94	28
Autonomia e Relação com os Pais	7	23,89	60,32	20,87	28
Suporte Social e Grupo de Pares	4	14,18	63,61	21,79	16
Ambiente Escolar	4	12,31	51,94	16,63	16

*Resultados transformados em valores entre 0 e 100

** Desvio-padrão transformado em valores entre 0 e 100

Tabela 25 - Análise univariada da QVRS e comparação das distribuições antes (A. I.) e pós-intervenção (A. F.) nos alunos do 10º ano

Dimensões	N	Momentos	Média	D.P.	p*
Bem-Estar Físico	93	A. I.	54,62	19,60	0,000*
	45	A.F.	55,78	20,48	
Bem-Estar Psicológico	93	A. I.	54,42	8,71	0,236*
	45	A.F.	51,98	10,94	
Autonomia e Relação com os Pais	93	A. I.	61,14	18,89	0,818**
	45	A.F.	60,32	20,87	
Suporte Social e Grupo de Pares	93	A. I.	67,74	20,82	0,316*
	45	A.F.	63,61	21,79	
Ambiente Escolar	93	A. I.	55,17	15,55	0,189*
	45	A.F.	51,94	16,63	

A média e desvio padrão foram calculados com base nos resultados transformados de 0 a 100.

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

A análise dos dados da avaliação inicial e da avaliação final, expressos na Tabela 25, revela que apenas na dimensão Bem-Estar Físico os alunos do 10º ano tiveram resultados significativamente mais elevados após a intervenção ($p=0,000$). Nas outras dimensões não se verificaram diferenças significativas.

Tabela 26 - Análise univariada do QACS (e desvios padrão) e comparação das distribuições antes e pós intervenção nos alunos do 10º ano

Categorias	N	Momentos	Média	D.P.	p
Exercício físico	93	A. I.	8,01	3,16	0,045*
	45	A.F.	9,09	3,11	
Nutrição	93	A. I.	14,20	4,81	0,105*
	45	A.F.	15,38	3,77	
Auto cuidado	93	A. I.	38,70	6,72	0,273**
	45	A.F.	37,31	7,37	
Segurança motorizada	93	A. I.	10,00	3,33	0,285*
	45	A.F.	10,51	3,47	
Uso de drogas ou similares	93	A. I.	21,55	4,93	0,655**
	45	A.F.	21,16	4,59	
Total QACS	93	A. I.	92,46	15,84	0,731**
	45	A.F.	93,44	15,32	

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

Relativamente às categorias do QACS na avaliação final, verifica-se na Tabela 26 existirem mudanças significativas no Exercício Físico ($p=0,045$), sugerindo uma pontuação mais elevada pós-intervenção.

Tabela 27 - Estatísticas descritivas da Prontidão para a Mudança e dos Estádios Motivacionais e comparação das distribuições antes e pós intervenção nos alunos do 10º ano

	N	Momentos	Média	D.	p	Mín –	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Pré-contemplação	93	A. I.	25,78	5,30	0,084*	9-39	18,00	21,00	24,00
	45	A.F.	22,73	5,17		9-36	20,00	23,00	25,00
Contemplação	93	A. I.	27,19	5,17	0,942*	8-39	24,00	29,00	30,50
	45	A.F.	27,60	5,29		12-	24,00	28,00	32,00
Acção	93	A. I.	27,59	5,22	0,890*	8-40	24,50	28,00	31,00
	45	A.F.	27,11	5,40		12-	24,00	28,00	31,50
Manutenção	93	A. I.	21,27	5,22	0,778**	8-38	23,00	26,00	29,00
	45	A.F.	25,51	5,54		12-	22,00	25,00	30,00
Prontidão para a Mudança	93	A. I.	7,38	2,06	0,496**	1,43-	6,14	7,43	8,71
	45	A.F.	7,12	2,07		0,86-	6,00	7,29	8,79

* Utilizou-se o teste U Mann-Whitney

** Utilizou-se o teste t-Student

Não se encontraram diferenças significativas na avaliação final relativamente à Prontidão para a Mudança e aos Estádios Motivacionais avaliados no primeiro momento através da URICA.

Avaliação das acções promotoras de saúde - Avaliação Final

Finalmente, as acções implementadas na Fase II foram avaliadas relativamente à satisfação e utilidade para os alunos.

Tabela 28 - Estatísticas descritivas da satisfação e utilidade das acções da Fase II na opinião dos alunos do 10º ano (N=45)

	Mín – Máx	Média	D.P.	Mediana
Satisfação	2-5	4,67	0,603	5
Utilidade	3-5	4,62	0,535	5

(1= nada satisfatórias/úteis; 2= pouco satisfatórias/úteis; 3= nem muito, nem pouco satisfatórias/úteis; 4= satisfatórias/úteis; 5= muito satisfatórias/úteis.)

A percepção dos alunos é muito positiva relativamente às acções, quer no que respeita à satisfação que elas proporcionaram (média=4,67), quer quanto à utilidade (média=4,62).

Tabela 29 - Distribuição dos alunos relativamente ao valor que atribuíram à satisfação e à utilidade por nacionalidade e género

Origem	Género	N	Satisfação (em %)				
			1	2	3	4	5
Portuguesa	Feminino	10	0	0	0	11,5	26,9
	Masculino	16	3,8	0	0	15,4	42,3
CPLP	Feminino	9	0	0	0	5,3	42,1
	Masculino	10	0	0	0	21,1	31,6
Utilidade (em %)							
Portuguesa	Feminino	10	0	0	0	15,4	23,1
	Masculino	16	0	0	3,8	19,2	38,5
CPLP	Feminino	9	0	0	0	10,5	36,8
	Masculino	10	0	0	0	21,1	31,6

Discussão

Neste estudo participaram 88,5% dos alunos da Escola Profissional de Torredeita, tendo respondido ao questionário Comportamentos de Saúde I, 238 alunos.

Relativamente à hipótese colocada – Existem diferenças significativas em relação ao estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e à motivação para a mudança segundo a etnia e o género? – sobre as diferenças de género, no que respeita à qualidade de vida, comportamentos de saúde e estilo de vida dos alunos da E.P.T., não se encontraram muitas diferenças significativas, excepto nas dimensões relacionadas com a actividade física (Bem-estar Físico no KIDSCREEN, $p=0,000$; Exercício Físico no QACS, $p=0,000$), que revelam que os rapazes sentem uma melhor qualidade de vida em termos físicos e que têm mais actividade física do que as raparigas. Como se encontrou uma correlação moderada entre estas duas dimensões ($r_s=0,515$ e $p=0,000$), poderá considerar-se que o facto de praticar exercício físico com frequência está relacionado com um bem-estar físico mais elevado. Por outro lado, as raparigas sentem-se melhor no que respeita ao Ambiente Escolar ($p=0,025$). As diferenças encontradas vão ao encontro de alguma expectativa e estereotipificação social. Ainda quanto às diferenças entre os géneros, verificou-se que os rapazes se situam mais preponderantemente no estágio da Pré-contemplação ($p=0,006$) e na Prontidão para a Mudança ($p=0,013$). As diferenças de nacionalidade foram analisadas comparando os países de origem mais frequentes. Estes foram, ainda, classificados em dois grupos: portugueses e CPLP (cabo-verdianos, santomenses e brasileiros). Assim, os alunos portugueses diferenciam-se dos alunos da CPLP por sentirem QVRS superior no Bem-Estar Físico (ainda que $p=0,048$), na Autonomia e Relação com os Pais ($p=0,020$) e no Suporte Social e Grupos de Pares ($p=0,017$). Aparentemente, estes são resultados facilmente justificáveis pelas consequências da imigração, uma vez que o último grupo não tem o apoio presencial da família e está em Portugal há menos de três anos. São; ainda, os alunos portugueses que têm com mais frequência comportamentos de saúde e de evitamento de risco relativos à Nutrição ($p=0,045$), ao Auto cuidado ($p=0,000$), à Segurança motorizada ($p=0,006$) e ao total de Atitudes e Comportamentos de Saúde ($p=0,000$). Realça-se, assim, a necessidade de acolhimento e intervenção diferenciados em relação ao grupo de estudantes da CPLP.

Os resultados dos alunos da E.P.T. foram comparados, ainda, aos resultados das crianças e adolescentes de Portugal e da Europa (Gaspar & Matos, 2008), encontrando-se diferenças significativas em todas as dimensões. Assim sendo, os jovens da E.P.T. demonstram QVRS inferior no que respeita ao Bem-Estar Físico, ao Bem-Estar Psicológico, à Autonomia e Relação com os Pais e ao Ambiente Escolar. Quanto à dimensão Suporte Social e Grupo de Pares, o grupo de alunos da E.P.T. refere uma percepção mais negativa ($p=0,000$) face aos dados de Portugal, mas, simultaneamente, mais positiva ($p=0,003$) face aos dados europeus.

Relativamente à hipótese - a incapacidade física ou doença crónica correlacionam-se com a Prontidão para a Mudança? – esta foi infirmada ($p=0,109$).

A ideia de que as acções promotoras de saúde não trazem mudanças a curto prazo em nenhuma das dimensões estudadas (estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde e motivação para a mudança) residia na última hipótese colocada. Esta confirma-se, uma vez que a

avaliação do impacto das acções pontuais representadas na Fase III revela que não se verificaram grandes efeitos.

A análise dos dados da avaliação inicial e da avaliação final revela que apenas nas dimensões Bem-Estar Físico e Exercício Físico os alunos do 10º ano tiveram resultados mais elevados (respectivamente, $p=0,000$ e $p=0,045$) após a intervenção. Nas outras dimensões não se verificaram diferenças significativas, bem como nos valores da Prontidão para a Mudança e dos estádios motivacionais avaliados no primeiro momento através da URICA – versão portuguesa.

No entanto, apesar da ineficácia das acções de promoção de saúde tradicionais, a percepção dos alunos não o confirma, uma vez que se manifesta uma tendência para privilegiar a característica informação (34,2%) nas acções que eles consideram mais marcantes. No mesmo sentido, os alunos assinalam as acções no contexto escolar como as mais eficazes (37,8%). Já os *mass media* são o meio menos votado, sobretudo aqueles que privilegiam a forma escrita (5,46%). Também a opinião dos alunos é muito positiva relativamente às acções realizadas, quer no que respeita à satisfação que elas proporcionaram (média=4,67 em 5), quer quanto à utilidade (média=4,62 em 5).

Para a tentativa de validação da URICA – versão portuguesa, analisaram-se propriedades psicométricas como a fiabilidade e validade convergente. A forma mais usada para medir a estimativa da fiabilidade de um questionário é a *consistência interna*. O coeficiente de Alfa de Cronbach é uma das medidas de consistência interna que mostra como os itens da escala estão inter-relacionados. Quanto maior a consistência do questionário, maior o índice de correlação. Avaliou-se a consistência interna da escala de 32 itens baseada no coeficiente de Cronbach, bem como a consistência interna para os 32 itens, distribuídos nas quatro sub-escalas. O Alfa de Cronbach pode variar de 0 a 1, onde 1 demonstra presença de consistência interna de 100% e zero significa a ausência total de consistência entre os itens. Neste estudo utilizou-se o limite de 0,80 para verificação da fiabilidade, ainda que outros autores considerem permissível que os valores de alfa possam ser um pouco menores para questionários nunca aplicados numa pesquisa exploratória, sugerindo o mínimo de 0,60 (Nunnally, 1978).

A consistência interna da URICA – versão portuguesa, medida pelo coeficiente de Alfa de Cronbach, apresentou um valor satisfatório ($\alpha=0,852$), considerando os 32 itens. No entanto, a correlação das categorias é moderada ou baixa, sobretudo na subescala Pré-contemplação ($\alpha=0,113$). Segundo Galletta e Lederer, 1989 (citado por Neto e Riccio, 2003), algumas das dificuldades e limitações dos instrumentos existentes são decorrentes da análise factorial que implica que as escalas devam ser homogéneas dentro de cada factor e que elas sejam heterogéneas entre factores (independentes). Portanto, pode-se confirmar uma certa independência entre as subescalas, sobretudo a que avalia o estágio da Pré-contemplação, pois as suas características denotam pouca motivação para a mudança.

O estudo de Lerdal, Moe, Digre, Harding, Kristensen, Grov, Bakken, Eklund, Ruud e Rossi (2009) recomenda a reconfiguração da escala para esta ser utilizada segundo uma estrutura contínua. Os resultados encontrados no presente estudo, que se referem à moderada ou baixa correlações entre subescalas, sobretudo a da pré-contemplação, contrariam esta recomendação.

A maioria dos itens cumpre os critérios de qualidade esperados, exceptuando os itens 1, 5, 11, 13 e 26, todos eles pertencentes à subescala Pré-contemplação. Verifica-se, ainda, que o

valor de alfa, se o item for eliminado, ultrapassa o alfa total ($\alpha=0,852$) em itens relativos à subescala de Pré-contemplação.

A validade é entendida como aquilo que um teste mede e quão bem o faz (Anastasi & Urbina, 1988, p. 113). Para encontrar evidências de validade convergente, precisa-se de mostrar que um teste apresenta correlação alta com outras variáveis com as quais ele deve teoricamente correlacionar-se (Campbell, 1960, in Anastasi & Urbina, 2003).

Esperavam-se encontrar correlações entre os resultados do KIDSCREEN e do QACS e os da URICA - versão portuguesa, que revelassem a validade convergente do instrumento e confirmassem a hipótese - O estilo de vida/qualidade de vida/comportamentos de saúde correlacionam-se com a Prontidão para a Mudança?. Contudo, não se verificaram correlações significativas entre nenhum estágio motivacional da URICA-versão portuguesa, nem da Prontidão para a Mudança e as dimensões avaliadas pelo KIDSCREEN-27 e a qualidade de vida relacionada com a saúde medida pelo QACS. Estes resultados demonstram que este estudo não consegue garantir uma validade convergente à URICA - versão portuguesa.

Comparando os estádios motivacionais e a Prontidão para a Mudança com outras características da amostra, verifica-se que a prontidão varia significativamente apenas relativamente às pessoas com quem vive ($p=0,049$), apresentando um valor mais elevado quando vive sozinho e um valor mais baixo quando vive com familiares. Já os alunos que vivem com a família ou sozinhos têm uma pontuação mais elevada no estágio da Pré-contemplação ($p=0,032$) do que aqueles que moram com os amigos.

Relativamente à distribuição dos alunos segundo os diversos estádios de motivação, a maioria dos jovens (60,5%) situa-se no estágio da Pré-contemplação, enquanto 35,7% se situa na Contemplação. Apenas 3,8% dos alunos pode ser classificado como estando num momento de preparação para a acção. Estes resultados vão ao encontro do valor de Prontidão para a Mudança.

O presente estudo, de natureza exploratória, foi realizado com uma amostra com características específicas, sobretudo relativamente à sua multiculturalidade. Para futuras investigações recomenda-se a aplicação da URICA - versão portuguesa - a uma amostra maior e mais representativa da população portuguesa, com características mais diversas em termos de tipo de instrução e nível socioeconómico, de forma a analisar as propriedades psicométricas do instrumento e de realizar a normalização portuguesa.

Finalmente, importa reafirmar a necessidade de serem implementadas intervenções mais longas e não pontuais. A alternativa poderá estar num processo de intervenção mais longo, que contemple acções como as referidas neste estudo ou outras, desde que elas sejam da autoria do próprio público-alvo. Reconhece-se, também, a necessidade de ajustar as intervenções à multiculturalidade emergente nas escolas, pelo que as diferenças culturais devem exigir abordagens diferenciadas e, de forma desafiante, a construção de programas interculturais que potenciem a integração social. O envolvimento activo dos actores e dos parceiros nestas questões, seguindo a metodologia de projecto, que tão bem se insere nas actividades escolares, permitir-lhes-á, talvez, dar o sentido a que Turgueniev se referia, desenvolvendo uma consciência e um sentimento de responsabilidade pela sua própria saúde e pela dos outros e, assim, se motivarem.

Referências bibliográficas

- Abraham, C., Sheeran, P., Spears, R. & Abrams, D. (1992). Health beliefs and promotion of HIV-preventive intentions among teenagers: A Scottish perspective. *Health Psychology*, 11(6), pp. 363-370.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). Validade: Conceitos Básicos. Em A. Anastasi & S. Urbina. *Testagem Psicológica*. (pp. 107-127). Porto Alegre: Artmed.
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J. & Pereira, A. (2010) – Actividade Física em Adultos, Variáveis Demográficas e Risco de Comorbilidade. *Revista de Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*. Vol.4, Nº4, Outubro/Dezembro 2010. p. 257.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Silva, C. M., Malaquias, J. V., Santos, N. & Oliveira, R. (2003). A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003, 8 (3), 669-679
- Bridle, C., Riemsma, R., Pattenden, J., Sowden, A. Mather, Watt I. & Walker, A. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health*.
- Chan, S., Chan, H., Siu, A. & Poon, P. (2007). Stage of Change in Self-Management of Chronic Diseases: Psychometric Properties of the Chinese Version of the University of Rhode Island Change Assessment (C-URICA) Scale. *Rehabilitation Psychology*, 52, No. 1, pp.103–112.
- Cordeiro, M. (1997). *Dos 10 aos 15 anos. Adolescentes*. Lisboa, Quatro Margens Editora, p.165
- DiClemente, R., Hansen, W., & Ponton, L. (Eds.). (1996). *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- DiClemente, C. C., Schlundt, B. S., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *American Journal on Addictions*. 13, 130-119.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025 – 1034.
- Elkind, D. (1970). *Children and Adolescent, Interpretative Essays on Jean Piaget*. New York: Oxford University Press.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity : Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fonseca, M. H. R. (2005). *Compreender os Adolescentes*. Um Desafio para Pais e Educadores. Lisboa: Editorial Presença.
- Gaspar, T., Matos, M.G., Pais Ribeiro, J., Leal, I. & The European Kidscreen Group (2008). Qualidade de vida - Instrumentos Kidscreen 52 para adolescentes. *Revista Peruana de Psicometria*, 1.
- Gaspar, T. & Matos, M. (Eds) (2008). Versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52: *Instrumentos de Qualidade de Vida para Crianças e Adolescentes*. Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa: Lisboa
- GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. (2005) Relatório Preliminar do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES). Web site: www.min-edu.pt
- Herzog, T. (1998). Analyzing the Transtheoretical Model Using the Framework of Weinstein, Rothman, and Sutton (1998): The Example of Smoking Cessation. *Health Psychology*, 27, No. 5, pp. 548–556.

- Jardim, J. & Pereira, A.M.S. (2006). *Competências Pessoais e Sociais. Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: Edições ASA.
- Kiviniemi, M. T., Voss-Humke, A. M., & Seifert, A.L. (2007), How do i feel about the behavior? The interplay of affective associations with behaviors and cognitive beliefs as influences on physical activity behavior. *Health Psychology*. 26(2), pp. 152-158.
- Lerdal, A. Moe, B., Digre, E., Harding, T., Kristensen, F., Grov, E., Bakken, L., Eklund, M., Ruud, I., Rossi, J. (2009). Stages of Change – Continuous Measure (URICA-E2): psychometrics of a Norwegian version. *Journal of Advanced Nursing*, 65, p193-202.
- Levesque, Deborah A.; Prochaska, Janice M.; Prochaska, James O.; Dewart, Stephen R.; Hamby, Leigh S.; Weeks, William B. (2001). Organizational stages and processes of change for continuous quality improvement in health care. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. Vol 53(3).
- Lopes, O. (2006). *SIDA: os media são deuses de duas cabeças. Como estruturar campanhas de Saúde Pública*. Viseu: Psico & Soma.
- Lopes P., Prieto G., Delgado A., Gamito P., Trigo H. (2010). Rasch-modeling the Portuguese SOCRATES in a clinical sample. *Psychol Addict Behav*. 24(2), pp. 355-359.
- Matos, M. (1997). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa: FMH-UTL.
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C.; Canha, L.; (1998) - *A saúde dos adolescentes portugueses*. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana/programa de Educação para todos 2000.
- Matos, M. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT.
- Matos, M, Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 75-85
- Matos, A., Albuquerque, C. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6: 647-663.
- Matos, M. (2008). Adolescência e seus contextos: o estudo HBSC/OMS. In Matos, M. (Coord.). *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?* Lisboa: IDT.
- Matos, M., & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2010). *A saúde dos adolescentes Portugueses. Resultados finais do estudo HBCS 2010*. Lisboa: FCT/CNLCSIDA/FMH/IHMT.
- McConaughy, E. , Prochaska, J. , & Velicer W. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Merson, M., Dayton, J. & O'Reilly, K. (2000). Effectiveness of HIV interventions in developing countries. *AIDS*, 14(Suppl. 2), S68.
- Melamed, S., Rabinowitz, S., Feiner, M., Weisberg, E., Ribak, J. (1996). Usefulness of the protection motivation theory in explaining hearing protection device use among male industrial workers. *Health Psychology*. 15(3), pp. 209-215.

- Morrison, D., Golder, S., Keller, T., Gillmore, M. (2002). The theory of reasoned action as a model of marijuana use: Tests of implicit assumptions and applicability to high-risk young women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(3), pp. 212-224.
- Napper L., Wood M., Jaffe A., Fisher D., Reynolds G. & Klahn J. (2008). Convergent and Discriminant Validity of Three Measures of Stage of Change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, No. 3, pp. 362–371.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.) (C. Patrocínio e F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores (Original publicado em 2000).
- Oliveira Neto, J., Riccio, E.(2003). Desenvolvimento de Um Instrumento para Mensurar a Satisfação do Usuário de Sistemas de Informações. *Revista de Administração*, Vol. 38, 3, pp. 230-241.
- OMS (1985) *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Pereira, AMS. (2004). *Educação Multicultural: Teorias e Práticas*. Lisboa: Asa Editora.
- Pereira, A.M.S. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década”. In Isabel Leal (Eds), *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora (pp.145-167).
- Pereira, A., Nossa, P., Vaz, A., Motta, E. (2010). *Desenvolvimento de Competências Para a Prevenção do VIH/Sida e IST. Manual do Formador*. Psicosoma.
- Pantalon, M.V., Nich, C., Frankforter, T., and Carroll, K.M. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 299-307.
- Prochaska, J. O., & DeClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 161–173.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992) In search of how people change – applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102–1114.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.
- Rodrigues, M.; Pereira, A.M.S. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde Lda.
- Ribeiro, J. L. (1993). *Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto*. Dissertação de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Ribeiro, J. L. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), pp. 387-397.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

- Sieverding, M., Mattern, U., Ciccarello, L. (2010). What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. *Health Psychology*. 29(1), pp. 72-81.
- Souza, C. (2009). *Motivação para mudança de comportamento no jogo patológico: tradução, adaptação e validação da "University Rhode Island Change Assessment"*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre.
- Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (1999). *Psicologia do Adolescente. Uma Abordagem Desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Szupszynski K. & Oliveira M. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13, n. 1, p. 31-39.
- The HABITS lab at UMBC. *University of Rhode Island Change Assessment Scale: URICA*. Consultado em Março e Abril de 2011 em http://www.umbc.edu/psyc/habits/content/ttm_measures/urica/readiness.html.
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- World Health Organization. *Adolescent health*. Consultado em 23 de Maio de 2011 em http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
- World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Consultado em 23 de Abril de 2011 em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- World Health Organization (2002). *Adolescent friendly health services. An agenda for change*. Consultado em 23 de Abril de 2011 em http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf.

Anexos

Anexo I

Autorizações



leonilde lemos <leonildelemos@gmail.com>

AW: KIDSCREEN

Anika Hauschild <a.hauschild@uke.de>

31 de Janeiro de 2011 07:44

Para: leonildelemos@gmail.com

Cc: a.jaeger@uke.de, "Ravens-Sieberer, Ulrike" <ravens-sieberer@uke.de>

Dear Leonilde Lemos,

Thank you for your interest in the KIDSCREEN instruments. I am a co-worker of Prof. Dr. Ravens-Sieberer, working in the co-ordination of the European KIDSCREEN project in Hamburg, Germany. We have received your signed collaboration form and are very happy to collaborate with you.

You are registered for the use of the KIDSCREEN Quality of Life questionnaires for children/adolescents and parents. For the following countries linguistic adapted language versions are available: Austria, Brazil, Czech Republic, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Korea, Netherlands, Poland, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom.

As a collaboration partner of the KIDSCREEN group you are welcome to join the members area of our project website www.kidscreen.org. There you can download the respective KIDSCREEN questionnaire version and other useful material.

Your username is: [REDACTED]

Your password is: [REDACTED]

For using the KIDSCREEN questionnaires we advise you to work with the KIDSCREEN manual. The [KIDSCREEN manual](#)* (only available in English) can be directly ordered for 40 € (plus handling and shipping) at the publishing company Pabst-Science-Publishers (<http://pabst-science-publishers.com/36.0.html>) - here you can search for *KIDSCREEN*).

The manual describes all relevant user information necessary for applying the KIDSCREEN questionnaires, e.g. psychometrics, norm data for group and individual comparisons, and instructions on how to score the instrument.

The non-commercial use of the KIDSCREEN questionnaires is free. In case of commercial use, the licence fee is 500 Euro for each language version of the KIDSCREEN questionnaire in each study. If that is applying to your study you will find the corresponding invoice attached to this email.

We are looking forward to collaborating with you and wish you all the best for your studies.

With best wishes,

Anika Hauschild

KIDSCREEN Group Europe

Collaboration Center

* http://pabst-science-publishers.com/index.php?30&backPID=30&swords=kidscreen&tt_products=100

Anika Hauschild, B.A. Vermittlungswissenschaften

Research Unit Child Public Health

University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Center for Psychosocial Medicine

Department of Child and Adolescent Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics

Martinistr. 52, W29

D - 20246 Hamburg

phone: +49-40-7410-57374

fax: +49-40-7410-55105

a.hauschild@uke.de

<http://child-public-health.de/>

Von: leonilde lemos <leonildelemos@gmail.com>

An: Ravens-Sieberer, Ulrike

Gesendet: Fri Jan 28 23:30:17 2011

Betreff:

Dear Dr. Ravens-Sieberer,

My name is Leonilde Lemos and I am a Master student of Clinical and Health Psychology at Aveiro University, Portugal.

I intend to undertake a research about the adolescents' lifestyles and their stages of change for health behavior. Therefore, I would like to use the kidscreen. I think that this psychological measure, with some adaptations, would be very useful in my research.

Therefore, I completed and signed colaboration form.

Thank you in advance.

Yours sincerely,

Leonilde Lemos

-- Pflichtangaben gemäß Gesetz über elektronische Handelsregister und
Genossenschaftsregister sowie das Unternehmensregister (EHUG):
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Gerichtsstand: Hamburg

Vorstandsmitglieder:

Prof. Dr. Jörg F. Debatin (Vorsitzender)

Dr. Alexander Kirstein

Joachim Prölß

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus



Collaboration Form

between the KIDSCREEN Group and

« Anabela Pereira, Leonilde Lemos hereinafter as « User »

Co-ordinator and Contact Person of the KIDSCREEN Group is

PD Dr. Ulrike Ravens-Sieberer M.P.H.

Contact Address:

Prof. Dr. U. Ravens-Sieberer MPH
Head of Research – Professor of Child Public Health
University Medical Center Hamburg-Eppendorf
Center for Obstetrics and Pediatrics
Department of Psychosomatics in Children and Adolescents
Building W29 (Erikahaus)
Martinistr. 52

D - 20246 Hamburg

Phone: +49-40-7410-57378
Phone: +49-40-7410-57332 (Secretary Ms. Wegner)
Fax: +49-40-7410-55105
E-mail: Ravens-Sieberer@uke.uni-hamburg.de
Website: www.kidscreen.org

I. COLLABORATION between the KIDSCREEN Group and

Name (Title): Anabela Pereira (Prof., PhD.); Leonilde Lemos (master student)

Institution: Aveiro University Dept: Education

Street Address: Campus Universitário de Santiago

City: Aveiro State: _____ Zip (Postal) Code: 3810-193

Country Portugal

Phone Number: (+351) 234 370 200/ 965645389 Fax: (+351) 234 370 985

E-mail: leonildelemos@gmail.com

SUMMARY of the STUDY

Title of the study: Lifestyle and motivation for behaviour change
Type of Research: quantitative research
Objectives/ Design: - Understand the relationship between quality of life, lifestyles and motivation to change adolescents health behaviour, - Translate and adapt URICA scale
Study population: (including the number of cases, age, illnesses/diseases) 300 adolescents (15-22 years)
Measurement points: - quality of life; - motivational stages to health behavioural change; - lifestyles
Other Instruments: - University of Rhode Island Assessment (McConaughy, DiClemnete, Prochaska e Velicer, 1989) – portuguese version; - Life-style Assessment Questionnaire – portuguese version (Ribeiro, 1993)
Name of funder:
Timeframe: Beginning of Study: January 2011

Questionnaire Version(s) planned to be included:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-52 child & adolescent version | <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-52 parent version |
| <input checked="" type="checkbox"/> KIDSCREEN-27 child & adolescent version | <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-27 parent version |
| <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-10 index child & adolescent version | <input type="checkbox"/> KIDSCREEN-10 index parent version |

Language Version(s) planned to be included: portuguese

KIDSCREEN USER AGREEMENT

IMPORTANT REMARK: THE KIDSCREEN INSTRUMENTS MAY BE USED IN THE ABOVE MENTIONED INVESTIGATIONS WHEN THE FOLLOWING AGREEMENT IS COMPLETED AND SIGNED BY “USER”.

The KIDSCREEN Group distributes the KIDSCREEN instruments and translations which are so far available in Czech, Dutch, English (UK, IR), Estonian, Finnish, French, German (AT, CH, DE), Greek, Hungarian, Italian, Korean, Nepalese, Polish, Portuguese (Brazilian, European) Spanish (European, Chilean), Swedish language.

The User (Include name) A. Pereira & L. Lemos wishes to use the KIDSCREEN instruments.

Therefore, User and KIDSCREEN group agree as follows:

1. KIDSCREEN obligations

The KIDSCREEN Group shall deliver the original KIDSCREEN instruments and/or the translations requested by “User” subject to the following conditions:

The translations requested are available, the present agreement is duly completed and signed by “User”.

2. “User”'s obligations

2.1 No modification

“User” shall not modify, abridge, condense, adapt, recast or transform the KIDSCREEN instruments in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wordings or organisation in KIDSCREEN, without the prior written agreement of KIDSCREEN Group

2.2 No translation

“User” shall not translate KIDSCREEN, without the prior written agreement of the KIDSCREEN Group.

2.3 No reproduction

“User” shall not reproduce the KIDSCREEN instruments except for the limited purpose of generating sufficient copies for use in investigations stated hereunder and shall in no event distribute copies of the KIDSCREEN instruments to third parties by sale, rental, lease, lending, or any others means.

2.4. Publication

In case of publication of study results, “User” shall cite

(1) Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmo, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 5 (3), 353-364,

(2) The KIDSCREEN Group Europe. (2006). The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers. in reference section of the publication. (New publications may be added and older ones deleted).

2.5 Provision of data

All data, results and reports obtained by, or prepared in connection with the KIDSCREEN instruments shall remain the User's property. However, KIDSCREEN Group **may** request the User to share data, results and reports obtained through the use of the KIDSCREEN. KIDSCREEN Group shall ensure the anonymisation of such data at three levels, by the removal of: any patient identification, any university or company identification and any

treatment information (where available). KIDSCREEN Group will classify and reorganise such anonymous data and therefore, shall hold all intellectual property rights regarding these data when and if submitted to the data pool. KIDSCREEN Group may provide such reorganised data to third parties, for analysis in education, research, consulting, and specifically for the evaluation of cross-cultural equivalence and development of reference values for this KIDSCREEN instruments or for any other similar project.

2.6 Payment

2.6.1 Distribution fees (KIDSCREEN Group)

The fees requested by the KIDSCREEN Group for using the KIDSCREEN versions, vary according to the study type and financing, as follows:

	Fee for questionnaire use	Costs for translation
Academic research (funded or non-funded)	No	No
Large non-commercial organisation research and evaluation (e.g. States, Nations, Hospitals, Healthcare Systems)	Yes	Yes
Commercial studies	Yes	Yes

The license fee is 500 Euro for each language version of the KIDSCREEN questionnaire in each study.

3. Copyright Infringement

The KIDSCREEN instruments were developed by the KIDSCREEN Group (Project Co-ordination Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer MPH, University Clinic Hamburg Eppendorf, Center for Obstetrics and Pediatrics, Department of Psychosomatics in Children and Adolescents, Building W29 (Erikahaus), Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Germany). The KIDSCREEN Group holds copyright over the KIDSCREEN instruments and all its present and future translations. Each new translation will be made available to third parties once it is available, through KIDSCREEN Group, under the conditions described in the present document.

If, at any time during the term of this agreement, « User » learns of any infringement by a third party of any Intellectual Property Rights in connection with the KIDSCREEN instruments, « User » shall promptly notify KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN Group will decide to institute or not proceedings against the infringing party.

4. Confidentiality

All and any information related to the KIDSCREEN instruments including but not limited to the following: information concerning clinical investigations, creations, systems, materials, software, data and know-how, translations, improvements ideas, specifications, documents, records, notebooks, drawings, and any repositories or representation of such information, whether oral or in writing or software stored, are herein referred to as confidential information. In consideration of the disclosure of any such confidential information to the other, each party agrees to hold such confidential information in confidence and not divulge it, in whole or in part, to any third party except for the purpose specified in this agreement.

5. Use of name

It is agreed that KIDSCREEN Group shall not disclose, whether by the public press or otherwise, the name of “User” or institution”, to any third party to this agreement except to the copyright holder(s) of the KIDSCREEN instruments.

6. Liability

6.1 In case of breach of contract

In the event of total or partial breach by KIDSCREEN Group of any of its obligations hereunder, the KIDSCREEN Group's liability shall be limited to the direct loss or damage (excluding loss of profit and operating losses) suffered by "User" as a result of such breach and shall not include any other damages and particular consequential damages.

6.2 In the scope of the use of the "Questionnaire"

Under no circumstances may the KIDSCREEN Group be held liable for direct or consequential damage resulting from the use of the KIDSCREEN.

6.3 In the event of non-renewal of this Agreement

In the event of non-renewal of this Agreement by KIDSCREEN Group for any cause or failure by KIDSCREEN Group to conclude a new agreement with "User" upon the expiry of this Agreement, KIDSCREEN Group will have no liability for payment of any damages and/or indemnity to "User".

7. Term and termination

This agreement shall be effective as the date of its signature by "User" and shall at least or until the term of the study above mentioned in SUMMARY OF THE STUDY.

Either party may terminate this Agreement immediately upon providing written notice to the other party in the event of: (a) the other party's unexcused failure to fulfil any of its material obligations under this Agreement or (b) upon the insolvency or bankruptcy of, or the filing of a petition in bankruptcy or similar arrangement by the other party. Upon expiration or termination of this Agreement KIDSCREEN Group may retain in its possession confidential information it acquired from KIDSCREEN instruments while under contract. The obligations which by their terms survive provisions of this Agreement, shall survive termination.

8. Assignment

This Agreement and any of the rights and obligations of "User" are personal to the "User" and cannot be assigned or transferred by "User" to any third party or by operation of law, except with the written consent of KIDSCREEN Group notified to "User".

9. Separate Agreement

This Agreement holds for the above mentioned study only. The use of the KIDSCREEN instruments in any additional study of the "User" will require a separate agreement without additional fees, unless significant updates have been added to the user manual (new edition, etc.).

10. Entire Agreement, Modification, Enforceability

The entire agreement hereto is contained herein and this Agreement cancels and supersedes all prior agreements, oral or written, between the parties hereto with the respect to the subject matter hereto.

This Agreement or any of its terms may not be changed or amended except by written document and the failure by either party hereto to enforce any or all of the provision(s) of this Agreement shall not be deemed a waiver or an amendment of the same and shall not prevent future enforcement thereof.

If any one or more of the provisions or clauses of this Agreement are adjudged by a court to be invalid or unenforceable, this shall in no way prejudice or affect the binding nature of this Agreement as a whole, or the validity or enforceability of each/and every other provision of this Agreement.

11. Governing law

This Agreement shall be governed by and construed in accordance with the laws of the European Union.

12. The KIDSCREEN Manual

The [KIDSCREEN Manual](#)* can be directly ordered at the publishing company "[Pabst- Science-Publishers](#)" (here you can search for *KIDSCREEN*). The manual describes all relevant user information necessary for applying the KIDSCREEN questionnaires, e.g. psychometrics, norm data for group and individual comparisons, and instructions on how to score the instrument.

*http://pabst-science-publishers.com/index.php?30&backPID=30&swords=kidscreen&tt_products=100

IN WITNESS WHEREOF, the parties hereto have caused this agreement to be executed by their duly authorized representatives as of the date first above written.

KIDSCREEN GROUP

User/University/Company: Universidade de Aveiro

Name: U. Ravens-Sieberer

Name: A. Pereira & L. Lemos

Title: Prof. Dr. phil. MPH

Title: Prof., PhD., master student

Signature:

Signature:



Date:

Date: 27 January 2011

Cheques or money transfer should be made out to:

Recipient:	University Clinic Hamburg-Eppendorf
Bank:	HSH Nordbank AG
	Gerhard-Hauptmann-Platz 50, 20095 Hamburg, Germany
Bank identification code:	210 500 00
Account number:	104 364 000
Swiftcode:	HSHNDEHH
Iban-Nr.	DE9721 0500 000 1043 64000
Reason for Transfer:	0411/040/KIDSCREEN/ <i>your name</i>

To avoid any delay, please inform us, when the money transfer is done.
Thank you very much in advance.



leonilde lemos <leonildelemos@gmail.com>

OMEV

José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

24 de Janeiro de 2011 09:20

Responder a: jlpr@fpce.up.pt

Para: leonilde lemos <leonildelemos@gmail.com>

Autorizo a utilização do questionário pedidido abaixo.
Os dados do questionário estão disponíveis no artigo de validação de acesso livre na net

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

> Ex.mo Sr. Dr. José Luís Pais Ribeiro

>

>

>

> Chamo-me Leonilde Lemos e sou estudante do curso de mestrado de Psicologia

> Clínica e da Saúde na Universidade de Aveiro.

>

> No âmbito da tese de mestrado, pretendo realizar um estudo acerca dos

> estilos de vida dos adolescentes portugueses e perceber a relação com os

> seus estádios de motivação para mudança de comportamentos para a saúde.

>

> Assim sendo, o inventário "O meu estilo de vida" (Ribeiro, 1993) parece-me

> de extrema utilidade para levar a cabo este trabalho.

>

> Venho, então, desta forma, solicitar a V. Ex^a a sua versão do instrumento,

> bem como material de cotação e a respectiva autorização para utilizar o

> referido inventário. Gostaria, se fosse possível, de receber uma

> autorização formal para o seguinte email: leonildelemos@gmail.com.

>

> Caso esteja interessado, comprometo-me a enviar-lhe os resultados deste

> estudo, esperados em Maio do corrente ano.

>

> Grata pela atenção, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

>

> Leonilde Lemos



leonilde lemos <leonildelemos@gmail.com>

URICA

Jim Prochaska <jop@uri.edu>

24 de Janeiro de 2011 17:26

Para: leonildelemos@gmail.com

Dear Leonilde:

I happy to grant you permission to use, adapt and translate the URICA scale for your research project.

Good luck with your study.

Sincerely,

James O. Prochaska, Ph.D.

----- Forwarded message -----

From: **leonilde lemos** <leonildelemos@gmail.com>

Date: Sun, Jan 23, 2011 at 5:37 PM

Subject: URICA

To: JProchaska@ucsf.edu

Dear Dr. James O. Prochaska,

My name is Leonilde Lemos and I am a Master student of Clinical and Health Psychology at Aveiro University, Portugal.

I intend to undertake a research about the adolescents' lifestyles and their stages of change for health behavior. Therefore, I would like to use the URICA scale and adapt it. I think that this psychological measure, with some adaptations, would be very useful in my research.

Even included in your institution's site an authorization for its use, I would like to inform you and to know if you could provide me a written authorization for use, translate and adapt the scale according to this subject. Please, send this authorization by e-mail to leonildelemos@gmail.com.

If you are interested, I can send you a copy of the research results, which I expect to be available by May 2011.

Thank you in advance.

Yours sincerely,

Leonilde Lemos

Janice M. Prochaska, Ph.D.

President and CEO

Pro-Change Behavior Systems, Inc.

PO Box 755

W. Kingston, RI 02892

PH: 401-874-4109

FAX: 401-874-4103

<http://www.prochange.com>

Anexo II

Questionários Comportamentos de Saúde I e II

Comportamentos de Saúde

Como psicóloga e formadora da Escola Profissional de Torredeita e como investigadora no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, estamos a realizar um estudo acerca da eficácia das intervenções sobre mudanças de comportamento para a saúde nos adolescentes. Os dados recolhidos através de questionários serão anónimos e confidenciais.

A tua participação é fundamental para o sucesso da investigação. Mas, se, por qualquer razão, não quiseres participar ou quiseres desistir a qualquer momento, tens todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a tua colaboração.

Obrigada pela atenção.

Leonilde Lemos

***Obrigatório**

Kidscreen-27

Questionário de Saúde para Crianças e Adolescentes

Versão para Crianças e Adolescentes

Olá,

Como estás? É isso que queríamos que tu nos contasses.

Por favor lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem à tua cabeça primeiro? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, por isso não existem respostas erradas. É importante para ti responder a todas as questões e para nós conseguir perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar na tua última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

Que idade tens? *

És rapaz ou rapariga? *

Tens alguma incapacidade, doença ou condição física crónica? *

Qual?

1. Saúde e actividade física

*

	excelente	muito boa	boa	má	muito má
Em geral, como descreves a tua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ... *

	nada	pouco	moderadamente	muito	extremamente
2. Sentiste-te bem e em forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estiveste fisicamente activo (ex: correr, escalada, andar de bicicleta)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Foste capaz de correr bem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
5. Sentiste-te cheio (a) de energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Estado de humor geral e sentimentos sobre si próprio

Pensa na última semana... *

	nada	pouco	moderadamente	muito	extremamente
1. A tua vida tem sido agradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
2. Tiveste bom humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Divertiste-te?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentiste-te triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
6. Sentiste-te sozinho (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Família e tempo livre

Pensa na última semana ... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
1. Tiveste tempo suficiente para ti próprio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Os teus pais tiveram tempo suficiente para ti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os teus pais trataram -te com justiça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Foste capaz de conversar com os teus pais quando quiseste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tiveste dinheiro suficiente para fazeres as mesmas actividades que os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Amigos

Pensa na última semana... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
1. Passaste tempo com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
2. Divertiste-te com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tu e os teus/tuas amigos(as) ajudaram-se uns aos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentiste que podes confiar nos(as) teus/tuas amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Ambiente escolar e aprendizagem

Pensa na última semana ... *

	nada	pouco	moderadamente	muito	extremamente
1. Sentiste-te feliz na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Foste bom aluno (a) na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sentiste-te capaz de prestar atenção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tiveste uma boa relação com os teus professores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QLG-CT-2000-00751

[Continuar »](#)

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamentos de Saúde

*Obrigatório

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

*

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
7. Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mantenho as minhas vacinas em dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Verifico anualmente a minha pressão arterial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Vou anualmente ao médico fazer um checkup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Evito fumar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Evito ingerir alimentos com gordura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
como café, chá ou coca-cola.					
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Evito tomar tranquilizantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Evito os ambientes muito ruidosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Evito mudar de parceiro sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

« Anterior

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamentos de Saúde

***Obrigatório**

University of Rhode Island Change Assessment – versão portuguesa

Este questionário tem como objectivo conhecer a tua motivação para a mudança de comportamentos relativos à saúde. Cada afirmação descreve o que podes sentir quando estás a tentar resolver os teus problemas (comportamentos que prejudicam a saúde).

Indica em que medida tendes a concordar ou discordar de cada afirmação. Em cada questão, faz a tua escolha em termos de como te sentes AGORA, não de como te sentiste no passado ou gostarias de sentir.

Por favor, lê atentamente as instruções. Assinala o número que melhor descreve a tua opinião em cada item. *

Existem cinco respostas possíveis para cada item do questionário:

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. No que me diz respeito, acho que não tenho nenhum problema que precise de resolver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Penso que estou preparado para mudar algumas coisas sobre o meu estilo de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Já estou a fazer alguma coisa sobre os problemas que me têm incomodado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Valeria a pena se começasse a fazer alguma coisa para resolver os meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu não tenho nenhum problema. Para mim, estas perguntas não fazem muito sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Preocupa-me que possa voltar atrás num problema que eu pensava já estar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
resolvido. Por isso, acho que preciso de ajuda.					
7. Finalmente, estou a mudar alguma coisa relativamente aos meus problemas nessa área.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tenho andado a pensar que poderia mudar alguma coisa acerca de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho-me saído bem a resolver o meu problema, mas não sei se consigo continuar a resolvê-lo sozinho(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Às vezes é difícil mudar o meu problema, mas estou a tentar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Isto é uma perda de tempo, porque o problema não tem nada a ver comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Espero entender cada vez melhor a minha posição relativamente a estes assuntos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Todos têm defeitos, e eu também, mas não tenho nada que seja mesmo preciso mudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estou a esforçar-me mesmo muito para conseguir alterar o que se passa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu tenho um problema e acho mesmo que tenho de fazer alguma coisa quanto a isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Não estou a conseguir realmente levar em frente o que tinha decidido, mas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
acredito que não vou ter uma recaída.					
17. Mesmo que não seja sempre bem sucedido na minha intenção de mudar, pelo menos estou a tentar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu pensei que, depois que me resolvesse a mudar as coisas, ficaria livre deste problema, mas às vezes ainda tenho que lutar contra ele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Gostaria de que ter mais ideias acerca de como mudar as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Preciso de uma ajuda para conseguir levar a cabo a mudança nos meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Talvez um programa fosse capaz de me ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Talvez precise de um estímulo para manter as alterações que já fiz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Eu até posso ser parte do problema, mas sinceramente acho que não.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Espero que alguém saiba dar-me uma ajuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Toda a gente fala do que se deve fazer nessas situações, mas eu estou a realmente a fazer alguma coisa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Esta conversa toda sobre psicologia é chata. Porque é que as pessoas não esquecem os seus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
27. Estou disposta(o) a fazer alguma coisa para não ter uma recaída do meu problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. É frustrante, porque pensava que tinha o meu problema resolvido, mas sinto que estou a ter uma recaída.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Eu tenho algumas preocupações sobre o meu estilo de vida, mas toda a gente tem. Para quê perder tempo a pensar nisso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Estou realmente a trabalhar no meu problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Prefiro lidar com as consequências dos meus comportamentos na minha saúde do que mudar os meus comportamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Apesar de tudo que já fiz para tentar mudar o meu comportamento, de vez em quando sinto-me insegura(o) e com medo de ter uma recaída.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[« Anterior](#)[Continuar »](#)Tecnologia do [Google Docs](#)[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamentos de Saúde

*Obrigatório

Questionário Sociodemográfico

Nacionalidade *

portuguesa

Ano de escolaridade *

10º ano

Acreditas em Deus? *

Não

Com quem vives? *

- ☐ pai
☐ mãe
☐ irmã/ão(s)
☐ outros familiares
☐ amigos
☐ sozinha(o)

Já faleceu alguém significativo para ti devido a problemas de saúde? *

Não

Como avalias...

	Muito mau	Mau	Mais ou menos	Bom	Muito bom
A tua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu stress?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os teus hábitos alimentares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os teus hábitos desportivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu bem estar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu estilo de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A segurança dos teus comportamentos sexuais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muito mau	Mau	Mais ou menos	Bom	Muito bom
A tua saúde mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O controlo que tens sobre os teus vícios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Já tiveste relações sexuais?

☐ Não

Já tiveste relações sexuais sem preservativo?

☐ Não

Já és mãe/pai?

☐ Não

Com que frequência...

	Nunca	Raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
Fumas tabaco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fumas cannabis ou derivados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consomes substâncias psicoactivas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebes bebidas alcoólicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazes desporto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auto-medicas-te ou tomas medicamentos sem receita médica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomas medicamentos por aconselhamento médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação de Intervenções de Promoção da Saúde

Por intervenções de promoção de saúde considera-se toda a acção que tenha prestado informação e formação pertinente sobre saúde.

As acções promotoras de saúde que mais te marcaram foram...

Escolhe a(s) opção(ões) que mais bem se aplicarem

☐ assustadoras

- ☐ divertidas
- ☐ interessantes
- ☐ informativas
- ☐ de solidariedade

As acções promotoras de saúde mais eficazes para ti foram

Escolhe a(s) opção(ões) que mais bem se aplicarem

- ☐ em casa
- ☐ na escola, numa aula
- ☐ na escola, numa acção escolar
- ☐ no centro de saúde
- ☐ numa consulta
- ☐ num livro, folheto, revista, jornal
- ☐ na televisão, num filme, num spot publicitário
- ☐ na internet
- ☐ Outra:

Para adoptar comportamentos saudáveis é preciso

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito Importante	Extremamente importante
Informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boa auto-estima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Motivação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajuda dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iniciativa individual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uma mudança de mentalidade na sociedade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investir na educação das crianças nesta área	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mais acessibilidade aos médicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mais acessibilidade aos medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenções duradouras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenções pontuais mas importantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O questionário termina aqui. Por favor clica "enviar".

Obrigada pela colaboração!

Comportamentos de Saúde - II

Como psicóloga e formadora da Escola Profissional de Torredeita e como investigadora no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, estamos a realizar um estudo acerca da eficácia das intervenções sobre mudanças de comportamento para a saúde nos adolescentes. Os dados recolhidos através de questionários serão anónimos e confidenciais.

A tua participação é fundamental para o sucesso da investigação. Mas, se, por qualquer razão, não quiseres participar ou quiseres desistir a qualquer momento, tens todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a tua colaboração.

Obrigada pela atenção.

Leonilde Lemos

Nota: Este questionário dirige-se apenas aos alunos que tenham participado nas seguintes acções:

- Preenchimento do questionário on-line "Comportamentos de Saúde",
- Intervenção do Gabinete de Psicologia "Educação para a Saúde – Ka bo dançá ma vida"

em sala de aula,

- Acção "Maternidade Responsável – Inerências da Gravidez na Adolescência", dinamizada pelo Enfermeiro Jorge Costa.

***Obrigatório**

Kidscreen-27

Questionário de Saúde para Crianças e Adolescentes

Versão para Crianças e Adolescentes

Olá,

Como estás? É isso que queríamos que tu nos contasses.

Por favor lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem à tua cabeça primeiro? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, por isso não existem respostas erradas. É importante para ti responder a todas as questões e para nós conseguir perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar na tua última semana.

Não tens que mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

Que idade tens? *

És rapaz ou rapariga? *

Tens alguma incapacidade, doença ou condição física crónica? *

Não ☐

Qual?

1. Saúde e actividade física

*

	excelente	muito boa	boa	má	muito má
Em geral, como descreves a tua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ... *

	nada	pouco	moderadamente	muito	extremamente
2. Sentiste-te bem e em forma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estiveste fisicamente activo (ex: correr, escalada, andar de bicicleta)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Foste capaz de correr bem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
5. Sentiste-te cheio (a) de energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Estado de humor geral e sentimentos sobre si próprio

Pensa na última semana... *

	nada	pouco	moderadamente	muito	extremamente
1. A tua vida tem sido agradável?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensa na última semana ... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
2. Tiveste bom humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Divertiste-te?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentiste-te triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sentiste-te sozinho (a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Família e tempo livre

Pensa na última semana ... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
1. Tiveste tempo suficiente para ti próprio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Foste capaz de fazer actividades que gostas de fazer no teu tempo livre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Os teus pais tiveram tempo suficiente para ti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Os teus pais trataram -te com justiça?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Foste capaz de conversar com os teus pais quando quiseste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tiveste dinheiro suficiente para fazeres as mesmas actividades que os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Amigos

Pensa na última semana... *

	nunca	raramente	algumas vezes	frequentemente	sempre
1. Passaste tempo com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Divertiste-te com os teus amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tu e os teus/tuas amigos(as) ajudaram-se uns aos outros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentiste que podes confiar nos(as) teus/tuas amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Ambiente escolar e aprendizagem

Pensa na última semana ... *

	nada	pouco	moderadamente	muito	extremamente
1. Sentiste-te feliz na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Foste bom aluno (a) na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sentiste-te capaz de prestar atenção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tiveste uma boa relação com os teus professores?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© The KIDSCREEN Group, 2004; EC Grant Number: QLG-CT-2000-00751

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamentos de Saúde - II

*Obrigatório

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia-a-dia em diversas áreas que estão associadas à saúde. Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios: A – Quase sempre (90% ou mais das vezes) B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes) C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes) D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes) E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

Pergunta sem nome *

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
1. Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ando a pé ou de bicicleta diariamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tenho cuidado com o que como de modo a reduzir a ingestão de sal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia. (Se não bebo -	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
quase sempre; se bebo - quase nunca)					
8. Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mantenho as minhas vacinas em dia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Verifico anualmente a minha pressão arterial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Vou anualmente ao médico fazer um checkup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Não guio (carro, motorizada, etc.) quando bebo demais, ou não viajo com um condutor que bebeu demais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Quando guio, ou quando viajo nalgum veículo, gosto de me manter dentro dos limites de velocidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Quando viajo de carro no banco da frente, fora da cidade, coloco o cinto de segurança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Evito tomar medicamentos sem serem recomendados pelo médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Evito fumar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Evito ingerir alimentos com gordura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Devido aos efeitos potencialmente perigosos da cafeína evito tomar bebidas tais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
como café, chá ou coca- cola.					
20. Evito utilizar estimulantes (anfetaminas ou outros) mesmo em épocas de exames .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Evito tomar tranquilizantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Evito ingerir alimentos que são feitos à base de açúcar (tais como bolos, chocolates, rebuçados, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Evito estar em ambientes saturados de fumo de tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Evito os ambientes muito ruidosos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Evito os ambientes que tenham o ar poluído.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Evito mudar de parceiro sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Evito ter relações sexuais com pessoas que conheço mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Devido às doenças sexuais evito ter relações sexuais sem tomar precauções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

« Anterior

Continuar »

Tecnologia do [Google Docs](#)[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamentos de Saúde - II

***Obrigatório**

University of Rhode Island Change Assessment – versão portuguesa

Este questionário tem como objectivo conhecer a tua motivação para a mudança de comportamentos relativos à saúde. Cada afirmação descreve o que podes sentir quando estás a tentar resolver os teus problemas (comportamentos que prejudicam a saúde).

Indica em que medida tendes a concordar ou discordar de cada afirmação. Em cada questão, faz a tua escolha em termos de como te sentes AGORA, não de como te sentiste no passado ou gostarias de sentir. Pensa no que aprendeste nas acções sobre Educação para a Saúde (em sala de aula e na Área de Projecto) e no que sentiste que devias mudar nos teus comportamentos.

Por favor, lê atentamente as instruções. Assinala o número que melhor descreve a tua opinião em cada item. *

Existem cinco respostas possíveis para cada item do questionário:

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1. No que me diz respeito, acho que não tenho nenhum problema que precise de resolver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Penso que estou preparado para mudar algumas coisas sobre o meu estilo de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Já estou a fazer alguma coisa sobre os problemas que me têm incomodado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Valeria a pena se comesse a fazer alguma coisa para resolver os meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu não tenho nenhum problema. Para mim, estas perguntas não fazem muito sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Preocupa-me que possa voltar atrás num problema que eu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
pensava já estar resolvido. Por isso, acho que preciso de ajuda.					
7. Finalmente, estou a mudar alguma coisa relativamente aos meus problemas nessa área.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tenho andado a pensar que poderia mudar alguma coisa acerca de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Tenho-me saído bem a resolver o meu problema, mas não sei se consigo continuar a resolvê-lo sozinho(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Às vezes é difícil mudar o meu problema, mas estou a tentar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Isto é uma perda de tempo, porque o problema não tem nada a ver comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Espero entender cada vez melhor a minha posição relativamente a estes assuntos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Todos têm defeitos, e eu também, mas não tenho nada que seja mesmo preciso mudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estou a esforçar-me mesmo muito para conseguir alterar o que se passa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu tenho um problema e acho mesmo que tenho de fazer alguma coisa quanto a isso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Não estou a conseguir realmente levar em frente o que tinha decidido, mas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
acredito que não vou ter uma recaída.					
17. Mesmo que não seja sempre bem sucedido na minha intenção de mudar, pelo menos estou a tentar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu pensei que, depois que me resolvesse a mudar as coisas, ficaria livre deste problema, mas às vezes ainda tenho que lutar contra ele.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Gostaria de que ter mais ideias acerca de como mudar as coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Preciso de uma ajuda para conseguir levar a cabo a mudança nos meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Talvez um programa fosse capaz de me ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Talvez precise de um estímulo para manter as alterações que já fiz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Eu até posso ser parte do problema, mas sinceramente acho que não.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Espero que alguém saiba dar-me uma ajuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Toda a gente fala do que se deve fazer nessas situações, mas eu estou a realmente a fazer alguma coisa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Esta conversa toda sobre psicologia é chata. Porque é que as pessoas não esquecem os seus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo	Estou indeciso	Concordo	Concordo totalmente
27. Estou disposta(o) a fazer alguma coisa para não ter uma recaída do meu problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. É frustrante, porque pensava que tinha o meu problema resolvido, mas sinto que estou a ter uma recaída.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Eu tenho algumas preocupações sobre o meu estilo de vida, mas toda a gente tem. Para quê perder tempo a pensar nisso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Estou realmente a trabalhar no meu problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Prefiro lidar com as consequências dos meus comportamentos na minha saúde do que mudar os meus comportamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Apesar de tudo que já fiz para tentar mudar o meu comportamento, de vez em quando sinto-me insegura(o) e com medo de ter uma recaída.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[« Anterior](#)[Continuar »](#)Tecnologia do [Google Docs](#)[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Comportamentos de Saúde - II

*Obrigatório

Questionário Sociodemográfico

Nacionalidade *

portuguesa

Ano de escolaridade *

10º ano

Acreditas em Deus? *

Não

Como avalias...

	Muito mau	Mau	Mais ou menos	Bom	Muito bom
A tua saúde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu stress?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os teus hábitos alimentares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os teus hábitos desportivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu bem estar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu estilo de vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A segurança dos teus comportamentos sexuais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A tua saúde mental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O teu humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O controlo que tens sobre os teus vícios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Já tiveste relações sexuais?

Não

Já tiveste relações sexuais sem preservativo?

Não

Já és mãe/pai?

Avaliação de Intervenções de Promoção da Saúde

Por intervenções de promoção de saúde considera-se toda a acção que tenha prestado informação e formação pertinente sobre saúde.

As próximas questões destinam-se a avaliar a eficácia das acções sobre Educação para a Saúde desenvolvidas na tua escola.

O encontro "Educação para a saúde - Ka bo dançá ma vida" dinamizado em sala de aula com a Psicóloga Leonilde Lemos e a acção "Maternidade responsável - Inerências da gravidez na adolescência" dinamizada pelo Enfermeiro Jorge Costa, na Área de Projecto, foram: *

Escolhe a opção que mais bem se aplicar relativamente à utilidade das acções

- ☐ Muito úteis
- ☐ Úteis
- ☐ Nem muito, nem pouco úteis
- ☐ Pouco úteis
- ☐ Nada úteis

O encontro "Educação para a saúde - Ka bo dançá ma vida" dinamizado em sala de aula com a Psicóloga Leonilde Lemos e a acção "Maternidade responsável - Inerências da gravidez na adolescência" dinamizada pelo Enfermeiro Jorge Costa, na Área de Projecto, foram: *

Escolhe a opção que mais bem se aplicar relativamente à tua satisfação com as acções

- ☐ Muito satisfatórias
- ☐ Satisfatórias
- ☐ Nem muito, nem pouco satisfatórias
- ☐ Pouco satisfatórias
- ☐ Nada satisfatórias

Comenta as intervenções de Educação para a Saúde dinamizadas na tua Escola

O que mais gostaste? *

Preferes as acções em sala de aula, com um grupo pequeno, ou no auditório, com um grupo grande? *

Preferes ouvir um técnico de saúde externo à escola ou alguém que já conheces? A opinião dos teus colegas é importante nestas acções? Gosta de os ouvir e dialogar com eles sobre estes temas? *

Que outras intervenções que a escola promoveu foram importantes para esclareceres dúvidas sobre a tua saúde? *

Algo mudou em ti depois destas acções? O quê? *

Que sugestões tens para melhorar as acções de Educação para a Saúde (temas, métodos, duração, locais, etc)? *

Tens alguma dúvida muito importante que precises de esclarecer? Qual (ais)? *

Outro comentário que queiras fazer....

O questionário termina aqui. Por favor clica "enviar".

Obrigada pela colaboração!

« Anterior

Enviar

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

Anexo III

Autorização da Direcção Técnico-Pedagógica



Universidade de Aveiro



Escola Profissional de Torredeita

*Arquivado
27/01/2011*

Exm^a Senhora
Directora Pedagógica da
Escola Profissional de Torredeita
Dr.^a Célia Franco

Como psicóloga e formadora da Escola Profissional de Torredeita, e como investigadora no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, encontro-me a realizar uma investigação relativa aos estilos de vida e motivação para a mudança de comportamentos para a saúde dos adolescentes.

Venho, por este meio, solicitar a V. Ex.^a se digne autorizar a recolha de dados de um inquérito por questionários a todos os alunos da Escola Profissional de Torredeita.

Com este estudo pretende-se conhecer os estilos de vida dos alunos, a sua motivação para a adopção de comportamentos saudáveis, bem como a eficácia das intervenções para a saúde, segundo o seu ponto de vista.

Os dados recolhidos serão mantidos anónimos e confidenciais, não sendo pedida em nenhum ponto do questionário a identificação dos participantes.

Agradecendo desde já a colaboração e disponibilizando-me para esclarecer qualquer dúvida, subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Torredeita, 25 de Janeiro de 2011

Leonilde Maria de Almeida Rodrigues de Lemos
(Leonilde Maria de Almeida Rodrigues de Lemos)

Anexo IV

Consentimento Informado



Universidade de Aveiro



Escola Profissional de Torredeita

Exm^a (o) Sr^a. Encarregada(o) de Educação:

Como psicóloga e formadora da Escola Profissional de Torredeita e como investigadora no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, venho, por este meio, solicitar a sua autorização para a participação do seu educando na investigação que estou a realizar sobre mudanças de comportamento para a saúde. A participação dos alunos é fundamental para o sucesso da investigação.

A sua autorização implica a permissão para que recolha dados provenientes de um inquérito por questionário. Com este questionário pretende-se conhecer os estilos de vida dos alunos, a sua motivação para a adopção de comportamentos saudáveis, bem como a eficácia das intervenções para a saúde, segundo o seu ponto de vista.

Os dados recolhidos serão mantidos anónimos e confidenciais, não sendo pedida em nenhum ponto do questionário a identificação dos participantes.

Se desejar consultar uma cópia dos questionários, poderá solicitá-la na Direcção Técnico-Pedagógica da Escola.

Assim, de acordo com a sua decisão, peço-lhe que complete e devolva o formulário apresentado abaixo.

Para mais esclarecimentos poderá utilizar o contacto leonildelemos@gmail.com.

Agradecendo a atenção dispensada e disponibilizando-me para esclarecer qualquer dúvida, subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Torredeita, 25 de Janeiro de 2011

(Leonilde Maria de Almeida Rodrigues de Lemos)

Eu, _____ (nome do Encarregado de Educação), **autorizo / não autorizo** (risque o que não interessa) **o meu Educando**, _____ (nome do Educando), **a participar na investigação acima mencionada.**

_____ de _____ de 2011

(assinatura do Encarregado de Educação)



Universidade de Aveiro



Escola Profissional de Torredeita

Caro aluno,

Como psicóloga e formadora da Escola Profissional de Torredeita e como investigadora no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, estamos a realizar um estudo sobre mudanças de comportamento para a saúde nos adolescentes.

A recolha de dados irá ser realizada através de questionários. Estes pretendem conhecer os estilos de vida dos alunos, a sua qualidade de vida, a sua motivação para a adopção de comportamentos saudáveis dos alunos e a sua opinião acerca da eficácia das intervenções para a saúde. Os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais. Para preencheres os questionários, por favor acede à página:

<https://spreadsheets0.google.com/viewform?formkey=dHZvOFRHV2NlcU3YWplZkd0N2dhaKE6MQ>

A tua participação é fundamental para o sucesso da investigação. Mas, se, por qualquer razão, não quiseres participar ou quiseres desistir a qualquer momento, tens todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a tua colaboração.

Obrigada pela atenção

Leonilde Lemos

Eu, _____, tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecida(o) sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada(o) que tenho o direito de recusar participar e que a minha recusa não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar na investigação, preenchendo os questionários.

Assinatura _____

Data: ____/____/____

A investigadora

Assinatura _____

Data: ____/____/____

Anexo V

Intervenção

Intervenção

Avaliação de necessidades

Este momento integrou duas intervenções no âmbito da Educação para a Saúde.

Previamente à sua concepção, a avaliação de necessidades realizou-se pela auscultação dos orientadores educativos de turma, rentabilizando, ainda, o facto de a investigadora ser simultaneamente responsável pelo Gabinete de Psicologia da Escola.

Este Gabinete, aberto apenas a tempo parcial, tem constituído uma das estratégias de promoção da saúde, uma vez que presta atendimento individual aos alunos, realiza encaminhamentos e dinamiza actividades em colaboração com o Núcleo de Professores a Tempo Permanente, de forma o Projecto Educação para a Saúde seja transversal no Plano de Actividades da Escola.

Noutros estudos realizados pelo Gabinete de Psicologia, o público-alvo da Escola Profissional de Torredeita é caracterizado maioritariamente como estando na adolescência final, o que, em si, acarreta tantos riscos, como desafios. Facilmente justificável pelas características desta etapa da vida, estes jovens não se identificam como vulneráveis a diversos problemas relacionados com a saúde.

Segundo o Gabinete de Psicologia da escola com dados sustentados por questionários internos e relatórios, tem-se verificado, nos últimos anos, adolescentes grávidas (no presente ano lectivo, três alunas grávidas e uma a amamentar), interrupções voluntárias da gravidez, problemas de sentimentos consigo próprio e com os outros e comportamentos de risco no que respeita ao contágio de infecções sexualmente transmissíveis, o que se torna preocupante quando a sua actividade sexual é cada mais frequente e mais precoce e com diversos parceiros, para além da falta de informação ou da informação que não é usada e das dificuldades de recurso à ajuda técnica e especializada. O consumo emergente de álcool, tabaco e de cannabinóides tem sido outro problema encarado como preocupante pela comunidade educativa. Com menor

manifestação surgem outros estão relacionados com nutrição, perturbações alimentares e sedentarismo.

Para além de adolescentes, estes alunos encontram-se muito sozinhos. São alunos que, em grande parte, residem na vila de Torredeita em quartos alugados. Os alunos são oriundos de várias zonas do país, de Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Brasil e Ucrânia. Muitos destes alunos não têm o apoio presencial da família. O nível socioeconómico situa-se no médio-baixo, havendo um número considerável de alunos que se sustenta apenas com o subsídio escolar. Alguns destes jovens que estão a passar por um processo de socialização secundária, o que implica uma fase de transição muitas vezes dolorosa e complexa. Independentemente da sua origem, todos eles assumem, muitas vezes, uma fragilidade para os comportamentos de risco, com poucos factores de protecção. As formas de prevenção de que até agora foram alvo frequentemente não contemplam as suas representações e comportamentos, dificultando ainda mais o acesso às entidades convencionais.

Inicialmente, previa-se delinear um programa transversal, de longa duração de acordo com os critérios dos programas preventivos bem-sucedidos apontados por Gottfredson, em 1997 (*apud* GTES, 2005).

No entanto, as intervenções realizadas foram menos ambiciosas por questões práticas e mormente por uma adequação realista das acções nestas áreas no ensino secundário e profissional.

Assim, identificam-se as seguintes limitações à implementação de um programa que cumpra os critérios acima referidos: a carga horária intensa dos alunos dos cursos profissionais e um plano de actividades elaborado no início do ano lectivo.

A intervenção delineada foi assim condicionada. Não obstante, tentou responder às necessidades apontadas.

A intervenção

A primeira acção foi dinamizada pela psicóloga responsável pelo Gabinete de Psicologia. Consistiu num jogo desenvolvido em grupos-turma ao longo de 2 horas. O título do jogo “**Ka bô dança ma vida**” (Não brinques com a vida, em

crioulo) tem raízes na escola, uma vez que foi já um título escolhido em anos transactos para projectos na área da Educação para a Saúde. O jogo (Anexo V - Jogo *Ka bô dança ma vida*) propõe um conjunto de tarefas que abordam temas variados como a sexualidade, as infecções sexualmente transmissíveis, perturbações alimentares, consumo de drogas, violência no namoro, pressão dos pares, entre outros. Algumas tarefas fazem parte de jogos criados em anos transactos com outros grupos de alunos, sob a orientação e supervisão da psicóloga, outras foram criadas presentemente.

As actividades apelam, numa lógica lúdico-didáctica, ao poder de argumentação, ao conhecimento, à desmitificação de ideias preconcebidas e veiculadas na família e no grupo de pares, à capacidade de descentração e de se pôr no lugar do outro e, ainda, recorre à expressão dramática e ao desenho como formas alternativas de expressão.

Esta metodologia de intervenção baseou-se sobretudo em dilemas ou situações problemáticas que através da interacção abrangem os domínios de informação, o desenvolvimento das competências cognitivas, competências afectivas, comunicacionais e relacionais. As tarefas propostas exigem o questionamento, a discussão, a expressão verbal e não verbal, o *self-disclosure* e a reflexão.

A escolha do recurso a esta estratégia baseia-se no pressuposto de que o desenvolvimento psicológico ocorre na interacção. Portanto, a actividade tenta não ser meramente informativa (sem descurar da informação), envolvendo afectiva e efectivamente os seus destinatários. Pretende-se utilizar realidades problemáticas que preocupam os nossos jovens diariamente e explorá-las sob as estratégias de acção-reflexão e de discussão de dilemas.

O jogo, explorado de forma sistemática e regular, em grupos pequenos, visa os seguintes objectivos:

- Propiciar o conflito cognitivo e a descentração no jovem;
- Promover o debate entre vários pontos de vista relativamente a questões ligadas à saúde, à sexualidade, aos valores e aos afectos;
- Desmistificar e esclarecer ideias pré-concebidas e/ou tabus sociais e culturais;

- Promover o relacionamento interpessoal e as competências cognitivas, afectivas e sociais a ele inerentes;
- Promover o auto e hetero-conhecimento;
- Informar e sensibilizar relativamente aos comportamentos de risco;
- Prevenir o contágio de infecções sexualmente transmissíveis;
- Contribuir para a aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afectividade nas expressões e comportamentos sexuais nas várias fases de desenvolvimento;
- Expressar sentimentos e afectos;
- Adquirir conhecimentos sobre várias dimensões da saúde;
- Desenvolver a capacidade de tomar decisões e de recusar comportamentos não desejados (assertividade);
- Desenvolver uma atitude de aceitação e não discriminatória face às expressões e orientações sexuais dos(as) outros(as);
- Desenvolver uma atitude preventiva em matéria de saúde, nos aspectos relacionados com o consumo de substâncias, a sexualidade, a reprodução, infecções sexualmente transmissíveis, alimentação, etc.

Relativamente à operacionalização, escolheu-se uma forma simples e rápida de dinamizar o jogo, ainda que ele possa ser abordada com regras mais complexas, em grande grupo e com outra dinâmica. Na sua sala de aula, os alunos eram convidados a sentar-se num círculo, no qual o animador fazia parte. No quadro apresentava-se o título do jogo, o que, por si só, gerava alguma animação na sala pelo crioulo partilhado por uns e não entendido por outros. O animador apresentava o jogo e o seu objectivo como sendo uma forma de conversar com os alunos e conhecer algumas das suas dúvidas relativamente a problemas relacionados com a sua saúde e, assim, preparar adequadamente acções que respondessem às suas necessidades. As únicas regras consistiam em ouvir com muita atenção os outros jogadores, não trocar daquilo que dissessem, ter direito em dizer o que se pensa e ter direito de passar a tarefa para outro elemento da turma. Finalmente, o animador oferecia um saco preto a cada aluno, na sua vez, do qual eles retiravam a tarefa a realizar. O animador, para além de moderar as intervenções, também tinha a função de prestar informações

e fazer esclarecimentos pontuais, sempre que alguma tarefa ficava incompleta, deixava dúvidas ou suscitava respostas erradas não corrigidas pelos pares.

O segundo momento de intervenção consistiu numa acção de sensibilização dirigida aos alunos do 1º e do 2º anos, denominada “**Maternidade Responsável – Inerências da Gravidez na Adolescência**”, que decorreu no dia 30 de Março no auditório da E.P.T.. O formador convidado, Jorge M. P. Costa, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no Hospital São Teotónio de Viseu, abordou num estilo informal diversos conteúdos que se apresentam no seguinte sumário:

- Primeira parte: 1 - Saúde... (conceito e enquadramento), 2 - Adolescência (conceito e características gerais: desenvolvimento biológico e evolução psicológica), 3 - Sexualidade e Educação Sexual... (aspectos genéricos), 4 - Doenças Sexualmente Transmissíveis (as mais frequentes, manifestações e gravidade), 6 - Métodos Contraceptivos (generalidades e métodos locais/barreira: preservativo masculino: o que é, para que serve e como se usa);
- Discussão em Plenário;
- Pausa;
- Segunda Parte: 1 - Preparação para o Trabalho de Parto e para a Parentalidade (generalidades e enquadramento), 2 - Anatomia e Fisiologia do Aparelho Reprodutor Feminino e Masculino (breves noções), 3 - Aspectos a considerar no ciclo gravídico-puerperal (na pré-concepção e na evolução da gravidez, durante o trabalho de parto e o nascimento e após o parto);
- Discussão em Plenário.

Apesar da lógica instrutiva subjacente às acções neste formato, elas, nomeadamente esta, são aceites com muito agrado pelos alunos, o que se revelou pelo entusiasmo e atenção ao longo da tarde.

Anexo VI

O Jogo Ka Bô Dança Ma Vida

Através de mímica mostra que métodos anticonceptivos conheces.	Através de mímica representa vários comportamentos que podes ter com uma pessoa infectada com o VIH. Os teus colegas têm que tentar adivinhar.
Através de mímica mostra ao teu grupo que a abstinência é também uma forma de prevenir as infecções sexualmente transmissíveis. Os teus colegas têm que tentar adivinhar.	Através de mímica mostra ao teu grupo que a SIDA não escolhe sexo, raça, classe social, profissão, orientação sexual. Para a SIDA qualquer um serve. Os teus colegas têm que tentar adivinhar.
Através da mímica explica aos teus colegas que, se não tirar o ar do reservatório ao colocar o preservativo, este pode estourar e que é importante apertar a ponta do preservativo enquanto ele é desenrolado.	Através de mímica mostra aos teus colegas o que pode sentir uma pessoa portadora de VIH. Os teus colegas têm que tentar adivinhar.
Através de mímica explica ao teu grupo que o preservativo é o único método contraceptivo que previne i.s.t. Os teus colegas têm que tentar adivinhar.	Através de mímica demonstra alguns comportamentos que manifestem afecto sem ser através das relações sexuais. Os teus colegas têm que tentar adivinhar.

<p>Através de mímica mostra que a única forma de saber se é portador do VIH é fazendo o teste.</p>	<p>Os meus amigos fumam droga. Se eu não fumo dizem que sou um Cromo. Como posso evitar que me digam isso?</p>
<p>Explica através do desenho que o preservativo não se deve usar só na hora da penetração, mas logo desde o início do contacto entre o pénis e a vagina.</p>	<p>Desenha um comportamento sem risco possível de se ter com uma pessoa infectada com o VIH/SIDA.</p>
<p>Através do desenho diferencia o VIH da SIDA.</p>	<p>Através do desenho mostra as formas possíveis de transmissão do VIH/SIDA.</p>
<p>Através do desenho mostra quem deve fazer o teste da SIDA.</p>	<p>Através do desenho, mostra que a SIDA não acontece só aos outros e o amor não nos defende de a contrair.</p>

Desenha um comportamento de risco a não ter com uma pessoa infectada com o VIH/ SIDA.	Desenha um preservativo feminino. Os teus colegas têm que adivinhar.
Desenha três métodos contraceptivos e explica que apenas um deles é que pode prevenir o contágio do VIH e de outras i.s.t.	Desenha 2 vantagens de se ter apenas um parceiro.
O que são drogas leves? E duras?	É verdade ou não? A mesma droga pode ter efeitos diferentes consoante a pessoa que a consome.
Comenta a afirmação: “A SIDA é cada vez mais um problema, não de certos grupos de risco, mas de pessoas que têm certos comportamentos de risco”. (Ana, 35 anos)	É verdade ou não? <i>Fumar heroína é menos arriscado, porque não mete agulhas.</i>

<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Consumir ecstasy (pastilhas) ocasionalmente não faz mal.</i></p>	<p>A cannabis é uma droga legal?</p>
<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Vender drogas aos amigos ou conhecidos não é um considerado um crime.</i></p>	<p>Comenta: “Era o meu primeiro namorado e fiquei logo infectada com o vírus da SIDA. Só na minha primeira vez que tive relações é que não usámos preservativo! Eu tinha 15 anos, ele estava infectado e não o sabia...” (Marta, 38</p>
<p>Comenta: “A Marta não usou preservativo. Era a sua 1ª vez com o João, não queria estragar o momento. O João só tinha estado com a Maria e a Ana, que tinham estado o Quim e o Zé, que tinham estado com a Sofia, a Carolina e a Eva, que tinham estado com...”</p>	<p>Comenta: “Quem vê caras, não vê o VIH”.</p>
<p>Que cuidados se deve ter quando se usa um preservativo?</p>	<p>Ter relações com mais de um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infectado pelo VIH?</p>

<p>O que é sexo oral?</p> <p>Porque é que esta também é uma forma de transmitir o VIH/ SIDA?</p>	<p>O que quer dizer “portador da doença assintomático”?</p>
<p>O que significa cada letra da palavra SIDA? E de VIH? Qual é a diferença?</p>	<p>Onde podes obter preservativos gratuitos?</p>
<p>Se precisares de esclarecer alguma dúvida ou até ter uma consulta sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis recorrerias a quem para te ajudar?</p>	<p>Ao ter relações com o meu/ minha companheiro(a) seropositivo o preservativo rompe.</p> <p>O que posso e devo fazer?</p>
<p>O VIH pode ser transmitido por picadas de mosquitos?</p>	<p>Uma pessoa pode estar infectada pelo VIH durante 5 ou mais anos sem ter SIDA?</p>

<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Todos os toxicodependentes são seropositivos.</i></p>	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Os homossexuais arriscam-se mais a serem portadores do VIH/SIDA.</i></p>
<p>É verdade ou não?</p> <p><i>A SIDA não tem cura, mas as pessoas que só são portadoras do VIH podem ser curados.</i></p>	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>A partir do momento em que uma pessoa sabe que está infectada tem atitudes e comportamentos diferentes.</i></p>
 <p>É verdade ou não?</p> <p><i>O preservativo tira o prazer na relação sexual. É um incómodo ter de o usar.</i></p>	 <p>É verdade ou não?</p> <p><i>O preservativo é necessário nas relações sexuais vaginais, mas não é preciso usar nas relações anais, nem orais, pois aí não há riscos de contágio.</i></p>
<p>É verdade ou não?</p> <p><i>A orientação sexual é uma escolha ou uma doença.</i></p>	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>O preservativo só deve ser colocado no momento da penetração.</i></p>

<p>É verdade ou não?</p> <p><i>O VIH transmite-se através do uso partilhado de copos e talheres, sanitas e piscinas.</i></p>	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Uma pessoa pode contrair o VIH através de contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina?</i></p>
<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Pessoas acima dos 50 anos não contraem HIV.</i></p>	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Uma mulher HIV positivo não pode dar à luz um bebé saudável.</i></p>
<p>As raparigas devem andar com preservativos?</p>	<p>Relativamente à actividade sexual, o rapaz está sempre a postos?</p>
<p>Indica três formas de violência psicológica.</p>	<p>Quando é que devemos fazer análises ao sangue para despiste do VIH/SIDA?</p>

Defende perante o teu grupo: “Um rapaz diz não à relação sexual, enquanto a namorada insiste com ele”. Dá-lhe uma ajuda e inventa alguns argumentos.	Desenha três sentimentos que se pode ter quando se é vítima de violência no namoro. Os teus colegas têm que adivinhar.
O teu melhor amigo está infectado com o VIH. Como agirás com ele, a partir de agora?	O/A teu/tua namorado/a insistem em ter relações sexuais. Embora gostes muito dele/a, ainda não te sentes preparado. O que lhe dirias para o/a convencer do contrário?
Se durante uma relação sexual o preservativo se romper, que medidas podes tomar?	Como reagirias se, ao iniciares uma nova relação, o/a teu/tua parceiro/a exigisse que realizasses análises sanguíneas?
O que responderias, sendo rapariga, se o teu namorado te apresentasse estes argumentos: “ <i>Se não fizeres amor comigo sem preservativo, deixo-te...Se queres usar preservativo é porque já não és virgem...eu cá não uso preservativo</i> ”.	As substâncias alucinogéneas (LSD, Cogumelos, etc.) proporcionam sensações harmoniosas e agradáveis no contacto com os outros e com o meio envolvente?

O haxixe provoca dependência?	Estando infectado com o VIH, como protegerias as outras pessoas da transmissão: contarias ao/à teu/tua parceiro/a, usarias sempre preservativo, nunca mais tinhas relações sexuais... ?
Quais são as consequências da anorexia e da bulimia?	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>A anorexia e a bulimia só aparecem nas mulheres.</i></p>
<p>www.amorverdadeiro.com.pt é um site sobre:</p> <p>a) a história de duas almas gémeas;</p> <p>b) o amor entre pais e filhos;</p> <p>c) a violência nas relações de namoro.</p>	O que é uma IVG?
<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Há raparigas que provocam os namorados, não admira que eles se descontrolem.</i></p>	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Há pessoas que só são violentas quando bebem álcool em excesso ou consomem drogas.</i></p>

<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Uma bofetada ou um insulto não são violência. Que exagero!</i></p>	<p>É verdade ou não?</p> <p><i>Quando se gosta de alguém deve fazer-se tudo o que essa pessoa quer.</i></p>
<p>O que são consultas de Planeamento Familiar?</p>	<p>Quais são as várias opções que tens depois de um teste de gravidez positivo?</p>
<p>Através da mímica explica aos teus colegas que os métodos anticoncepcionais naturais (contagem dos dias férteis, coito interrompido...) são muito falíveis.</p>	<p>A homossexualidade é uma escolha ou uma doença?</p>
<p>O que é o HPV?</p>	<p>Desenha três comportamentos que deves ter para tornar as tuas saídas à noite mais seguras e saudáveis.</p>